



**UNIVERSIDADE DO MINHO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS,
JURÍDICAS E SOCIAIS**

**LICENCIATURA EM PSICOLOGIA CLÍNICA
E DA SAÚDE**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR
ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO

Autora: Amândia Neves Lima Monteiro, N.º 2664

Orientadora: Mestre Patrícia Évora

Mindelo, Novembro, 2016

UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS,
JURÍDICAS E SOCIAIS

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE**

Amândia Neves Lima Monteiro

Mindelo, Novembro de 2016

Autora: Amândia Neves Lima Monteiro

Título: Relatório de Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho apresentado a Universidade do
Mindelo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciatura em
psicologia clínica e da saúde

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ORIENTAÇÃO

Eu, Patrícia Helena Évora, grau: Mestre, declaro que a aluna **Amândia Neves Lima Monteiro**, N.º 2664 Finalista do Curso De Licenciatura Em Psicologia Clínica E Da Saúde, realizou sob a minha orientação o Trabalho de Conclusão Curso /Relatório de Estágio, e que a mesma foi desenvolvida de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação dos TCC's da UNIVERSIDADE DO MINDELO e reúne todas as condições para a sua apresentação e defesa.

O Orientador

Mindeló, 21 de Novembro de 2016

RESUMO

O presente relatório tem como principal objetivo descrever o processo de estágio académico realizado no Centro Social SOS de São Vicente, decorrido no período de Novembro de 2015 à Junho de 2016. Durante o período que decorreu o estágio, foi possível, dentro da área de psicologia, observar e intervir em contextos diversos tais com o individual, o familiar, o grupal, e o comunitário, através de uma abordagem psicossocial. A prática clínica centrou-se em atendimentos de vários casos, destes, dois serão apresentados no presente relatório através da metodologia do estudo de caso mediante os processos de avaliação e intervenção psicológica. Para a compreensividade dos casos, estes estão sustentados por diversas abordagens teorias, atingindo assim os objetivos propostos.

Palavras-chaves: Estagio, Psicologia Clínica e da Saúde; Avaliação, Psicológica, e Intervenção

ABSTRACT

The main objective of this report is to describe the academic internship process carried out at the SOS São Vicente Social Center, which took place from November 2015 to June 2016. During the period of the internship, it was possible, within the area of psychology, to observe and intervene in diverse contexts such as the individual, the family, the group, and the community through a psychosocial approach. The clinical practice was focused on care of several cases, of these, two will be presented in this report through the methodology of the case study through the processes of psychological evaluation and intervention. For the comprehensiveness of the cases, these are supported by diverse approaches theories, thus reaching the proposed objectives.

Key-words: Internship, Clinical and Health Psychology; Assessment, Psychological, and Intervention

DEDICATÓRIA

Dedico este presente trabalho aos meus pilares, meus pais Orlando Lima e Benvinda Lima pelo amor e apoio que sempre me deram, que sempre fizeram de tudo por mim, e nunca me deixaram desistir, pelo contrário sempre me incentivaram a lutar por eles.

Aos meus irmãos Éder Lima, Terry Lima e Amândio Lima, que mesmo não expressando por palavras, sei que estiveram sempre do meu lado, amando e apoiando-me sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e irmãos pela força e coragem que sempre me transmitiram, por sempre me fizeram acreditar que tudo seria possível.

Aos meus restantes familiares, tios, primos que sempre me acompanharam e me apoiaram.

As minhas amigas, obrigada pelo apoio e sempre estarem presentes em todos os momentos e me acompanharam desde o início.

Aos meus professores desde do primeiro ao quarto ano de licenciatura que contribuíram para que hoje chegasse até aqui.

Aos meus colegas (psi-colegas) que sempre estivemos juntos nessa batalha e em particular as que fizemos juntas o estágio.

EPÍGRAFE

“Quem olha para fora, sonha. Quem olha para dentro, acorda.”

Carl Gustav Jung - (1875 - 1961)

Índice

INTRODUÇÃO.....	10
CAPITULO I- ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL DO ESTÁGIO	11
1.1 Breve história das aldeias SOS no mundo	11
1.1.1 Caraterização da instituição	11
1.1.2 Organização funcional da instituição.....	12
1.1.3 Descrição da missão.....	13
1.1.4 Descrição da visão	13
1.1.5 Princípios de instituição.....	13
1.1.6 Centro de intervenção comunitária – programa FS	14
CAPITULO II – ATIVIDADES DE ESTÁGIO	16
2.1 Fase Inicial – Integração	16
2.2 Atividades de Estagio	16
2.2.1 Atividades relacionadas com a prática psicológica	17
2.2.3 Atividades de capacitação das famílias	17
2.2.4 Apoio Psicossocial.....	18
2.2.5 Intervenção Grupal	19
2.2.6 Apresentação e Discussão de Temas	19
2.3 Resultados Atingidos.....	22
2.4 Constrangimentos e Limitações.....	22
CAPITULO III – APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....	23
3.1 Justificação da Escolha dos Casos Clínicos	23
3.2 APRESENTAÇÃO DO CASO 1	23
3.2.1 Fundamentação Teórica.....	23
3.2.2 Teorias que explicam a deficiência intelectual.....	27
3.2.3 ESTUDO DE CASO 1	32
3.2.4 Demanda e Motivo da Consulta	32
3.2.5 Historial clinico	33
3.2.6 Sessões de avaliação realizadas.....	33
3.2.7 Instrumentos utilizados no processo de avaliação.....	37
3.2.8 Resultados e Analise dos Instrumentos	39
3.2.9 Compreensibilidade do Caso	44

3.2.10 Hipótese diagnóstica.....	46
3.2.12 Sessões de Intervenção Psicológicas Realizadas.....	48
3.2.13 Avaliação dos resultados de intervenção	51
3.2.14 Recomendações do caso	51
3.3 APRESENTAÇÃO DO CASO 2	52
3.3.1 Fundamentação Teórica.....	52
3.3.2 Abordagens teóricas.....	55
3.3.3 ESTUDO DE CASO 2	57
3.3.4 Demanda e Motivo da Consulta	58
3.3.6 Sessões de Avaliação Realizadas.....	59
3.3.7 Instrumentos utilizados no processo de Avaliação	62
3.3.8 Resultado e Análise dos Resultados	64
3.3.9 Compreensibilidade do Caso	67
3.3.10 Hipótese Diagnóstica	70
3.3.11 Proposta de Intervenção	70
3.3.12 Sessões de Intervenções Realizadas.....	71
3.3.13 Avaliação dos Resultados de Intervenção.....	75
3.3.14 Recomendações ao Caso.....	75
REFLEXÃO PESSOAL DO ESTÁGIO	76
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
APÊNDICE	80
ANEXO.....	109

INTRODUÇÃO

O presente relatório sistematiza o processo de estágio académico realizado no Centro de Intervenção Comunitária de Bela Vista no âmbito da licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde, ministrada pela Universidade do Minho. O estágio foi coordenado pela Dra. Patrícia Évora, psicóloga do Centro Social SOS de São Vicente, com o objetivo de descrever todas as atividades realizadas no local de estágio, trabalhos de cariz comunitários, entre outras atividades desenvolvidas, num período de sete meses. A concretização do estágio curricular teve como objetivo geral articular a teoria com a prática, bem como aplicar e aperfeiçoar as habilidades de avaliação e intervenção psicológica nos vários contextos dos pacientes atendidos. Os objetivos específicos norteadores da prática clínica psicológica foram os seguintes: Adquirir experiência profissional; Aplicar o Código de Ética e Deontológico na Prática da Psicologia; Aperfeiçoar a aplicabilidade do processo de avaliação e intervenção psicológica, respeitando a dignidade e direitos dos pacientes; Adquirir competências para manuseamento das técnicas psicológicas; Adquirir habilidades de trabalhar numa equipa multidisciplinar; Incentivar a autonomia do estagiário para sua prática profissional; Apurar a capacidade de triagem e respetivo encaminhamento de demandas recebidas a outros profissionais, reconhecendo os limites da profissão.

O presente relatório incorpora de um modo geral todo o programa realizado durante o estágio realizado no Centro de Intervenção Comunitária de Bela Vista, projeto comunitário do Centro Social SOS de São Vicente, objetivando aperfeiçoar os conteúdos estudados ao longo do curso em simultâneo com a prática profissional. Esta prática comunitária permitiu conhecer melhor sobre o trabalho comunitário, que em muitos casos é posto de lado, dando maior ênfase à intervenção somente da prática psicológica no gabinete. O presente relatório começa pela fundamentação teórica dos dois casos estudados (conceitos e abordagens teóricas), que permitiram a compreensão dos mesmos, e encontra-se estruturada em três capítulos, sendo que no primeiro capítulo, desenvolveu-se a caracterização da entidade acolhedora do estágio, o Centro Social SOS assim como, o funcionamento do programa FS que fundamenta todo o trabalho da instituição acolhedora, no segundo capítulo apresenta-se as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, e no terceiro e último capítulo, consta detalhadamente todo o processo que abrangeu os estudos dos dois casos.

CAPITULO I - ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL DO ESTÁGIO

1.1 Breve História Das Aldeias SOS No Mundo

A primeira aldeia SOS do mundo foi fundada na Áustria no ano de 1949 após a segunda guerra mundial, pelo prof. Hermann Gmeiner com objetivo de oferecer um lar as crianças após o mesmo ter perdido os pais juntamente com mais oito irmãos.

Gmeiner procurou formas para criar as Aldeias Infantis SOS na Ásia, América Latina e África. Fundam-se Associações SOS em vários países, como no Canada, Estados Unidos, Alemanha, Noruega, Suécia, Suíça e Dinamarca que se encarregam de recolher fundos necessários para a construção e manutenção das Aldeias Infantis nos países em vias de desenvolvimento.

Trinta e um anos após a fundação das Aldeias SOS na Áustria, a ideia chegou ao nosso país, e é fundada em 1980 a primeira Associação das Aldeias Infantis SOS de Cabo Verde, atualmente denominada Fundação das Aldeias Infantis SOS Cabo Verde, que é uma pessoa coletiva de direito privado de tipo Fundacional.

1.2 - Caraterização da Instituição¹

O Centro Social SOS, situado na zona de Ribeira de Julião, São Vicente, é um projecto de Fundação das Aldeias Infantis SOS de Cabo Verde. Está em funcionamento desde o ano de 2008, mas só veio a ser inaugurada em 2009, mais precisamente no dia 16 de Abril de 2009.

A instituição é um pouco antigo. O projeto iniciou com base numa parceria entre delegacia de saúde de São Vicente, o Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente, a Câmara Municipal da ilha e as aldeias infantil SOS Cabo Verde, no sentido de dar resposta a uma crescente número de crianças em situação de rua.

As Aldeias SOS de Cabo Verde iniciaram a sua intervenção na ilha de São Vicente em 2005, numa parceria com a Câmara Municipal de São Vicente, situado na Rua Renato Cardoso. Tinha como principal objetivo retirar as crianças da rua. O Centro acolhia em regime interno e semi-interno cerca de 30 crianças em situação de risco.

¹ Ver entrevista em apêndice 1

Mais à frente mostrou-se necessidade de ter uma estrutura própria para acolher essas crianças em um trabalho mais efetivo. A partir dessa necessidade foi criada então o Centro Social SOS.

É uma instituição de cariz social não governamental sem fins lucrativos, e nem religiosos ou políticos. Age sobre a filosofia das Aldeias Infantis SOS, que é trabalhar em benefício das crianças, e atua em conformidade com a convenção Internacional das Nações Unidas sobre Direitos da Criança, em prol da defesa, promoção e divulgação dos direitos e deveres das crianças. Tem como finalidade a satisfação das necessidades das crianças, assim como das famílias, cuja estrutura e ambiente fazem perigar a estabilidades da criança, ao ponto de colocar em risco a sua permanência domiciliar.

1.3 - Organização Funcional da Instituição²

O Centro Social é dividido em 3 blocos físicos. Possui o bloco da administração que é a área dos escritórios (um gabinete da Diretora do Centro, um gabinete da Secretária Administrativa e Financeira, dois gabinetes dos Técnicos Sociais, um gabinete de Formação Profissional, um gabinete da Psicóloga, um gabinete do Responsável pela mobilização de fundos e comunicação). Contém o bloco que é constituído pelas salas de formação, abrangendo 4 salas de formação prontas, a sala de multiusos. E por último o bloco de residência onde se situa a casa de Passagem, local onde residem as crianças internas, dispõe de dois quartos, duas casas de banho, uma sala comum, uma lavandaria e uma cozinha, com capacidade para 12 residentes do sexo masculino. Para além de todas essas estruturas, o local ainda dispõe de um espaço livre, uma placa desportiva que é utilizada não só para atividades de internos, mas também para atividades feitas pela comunidade circundante.

O Centro Social desfruta de um grupo de técnicos e o grupo chamados de pessoal auxiliar. Está constituído pela diretora, enquanto cúpula, e um grupo de técnicos com especialidades próprias. Contém 3 assistentes sociais que desempenham o cargo de coordenadoras dos CIC'S³; disponibilizam de uma secretária administrativa e financeira que ocupa dos aspetos administrativos e financeiros, como o nome já diz; uma psicóloga que encarrega de uma intervenção transversal a todas as comunidades, assim

² Ver organograma em anexo 1

³ - Centro de intervenção comunitária de Bela vista

como ao público-alvo do centro; um responsável pelo departamento de desenvolvimento de fundos e comunicação, que é o responsável pela entrada de fundos para a sustentabilidade do próprio centro e também pela comunicação e divulgação de informações relativas à instituição. O pessoal auxiliar é constituído pelos monitores que trabalham no sentido integral de desenvolvimento das crianças internas, e também pelo condutor e os guardas.

1.3.1- Descrição Da Missão

O centro SOS tem como missão construir família para crianças desfavorecidas, ajudá-las a criar o seu próprio futuro, contribuir para o desenvolvimento das suas comunidades e ainda tem como missão trabalhar com nações unidas sobre os direitos das crianças e promover direitos para todo o mundo

1.3.2- Descrição da visão

O Centro SOS tem como visão a seguintes: Toda a Criança pertence a uma família, crescer com amor, respeito, e segurança.

1.3.3- Princípios de instituição

- ✓ O melhor lugar para a criança é no seio da sua família biológica. A família é o coração da sociedade e é o ambiente natural para o desenvolvimento saudável e bem-estar das crianças;
- ✓ Os encarregados de educação são responsáveis para o desenvolvimento das suas crianças;
- ✓ Comunidades são diretamente implicados para suportar as crianças e suas famílias;
- ✓ O objetivo do desenvolvimento e a realização/respeito dos direitos humanos;

1.4- Centro de intervenção comunitária – programa FS⁴

A aldeia SOS como se sabe faz trabalhos a nível comunitário para também focar nas famílias, problemáticas sociais entre outros, é nesse sentido que dispõe de três Centros de intervenção comunitária (CIC)⁵ nas zonas de BELA VISTA, RIBEIRA BOTE E RIBEIRA DE CRAQUINHA suportada pelo programa FS. O programa enfoca o atendimento e o suporte das crianças que perderam, ou que correm o risco de perder, o cuidado de sua família biológica, bem como apostar na formação e na capacitação dessas famílias, para fortalecer suas capacidades de proteger e cuidar dos seus filhos e fortalecer as redes de segurança para as crianças vulneráveis e suas famílias na comunidade.

Relativamente ao mecanismo de atuação do programa FS, as famílias beneficiam de apoio psicossocial com as Técnicas Sociais do Centro, depois dependendo da situação do utente, as famílias são encaminhadas para o apoio psicológico se for o caso. E são encaminhadas também, para o Responsável de Formação Profissional e Multimédia onde é capacitada através de formações, encaminhadas para emprego e atribuição de microcrédito, tendo como objetivo final a garantia da sua autonomia financeira e a sua auto sustentabilidade. Também recebem visitas domiciliárias para se fazer o seguimento e a orientação das famílias beneficiárias, sempre que necessário.

No que diz respeito as crianças que são beneficiadas estes têm acesso a todo o tipo de apoios: educação através do pagamento de propinas e da entrega de materiais escolares, saúde (tem acesso a consultas de clinica geral e de especialidade com medicamentos, através de parceiros como os Centro de Saúde, Hospital, Clinica Odontopprofilax, entre outros), refeição quente e lanche no Centro, e para os que não frequentam o Centro e tenham necessidade recebem cestas básicas por um tempo determinado, vestuários, higiene pessoal (banhos e cortes de Cabelos), atividades lúdico pedagógicas, palestras para capacita-las na promoção e defesa dos seus direitos.

⁴ Programa De Reforço Familiar

⁵ Centro de intervenção comunitária

1.4.1- Centro de Intervenção Comunitária BELA VISTA - CIC-BV

O Centro tem como objetivo através do programa de reforça a estrutura familiar ajudar as crianças em situação de risco, as que estão na rua, crianças órfãos, famílias desestruturadas ou com membros doentes, oferecendo Serviços a nível de saúde física e psicológica, alimentar, educacional, capacitação das famílias, entre outros.

BELA VISTA foi uma das zonas seleccionadas devido a fortes males sociais diagnosticados, tais como o alcoolismo, drogas, gravidez precoce, abandono escolar com uma taxa mais acentuada no ensino secundário.

Nesse momento sediada na zona de BELA VISTA desde o ano de 2013 coordenada pela técnica social, apoiam 59 famílias e 232 crianças, mas devido a forte procura por parte da comunidade, ajudam famílias que não estão inseridos no programa FS mas que são identificados como famílias em risco ou problemáticas.

O CIC BELA VISTA trabalha em conjunto com os parceiros transversais e associações locais. Têm uma política de trabalhar com as famílias de acordo com as necessidades e mediada por um Plano de Desenvolvimento Familiar.

Por ser um Centro comunitário que trabalha diretamente com pessoas enfrentam situações menos boas tais como, famílias que muitas vezes não participam, não colaboram, não aderem ou não cumprem as suas obrigações, dos parceiros que muitas vezes assumem responsabilidades mas que depois não o exercem, do próprio programa porque muitas vezes encontram obstáculos, choca com as necessidades das famílias.

CAPITULO II – ATIVIDADES DE ESTÁGIO

2.1- Fase Inicial – Integração

O estágio no Centro Social SOS iniciou-se no dia 10 de Novembro do ano 2015 onde foi feita apresentação aos funcionários e das crianças internas, de seguida, para conhecimento da Organização, procedeu-se numa primeira etapa a leitura e análise dos documentos funcionais da organização, e numa segunda etapa, levou-se a cabo visitas a instituição e aos outros projetos do Centro Social a nível comunitários (Centros de intervenção Comunitários). Após ter concluída essa fase, procedeu-se a assinatura dos documentos⁶ para legalização do estágio no Centro.

Ainda nessa fase organizativa promoveu-se encontros entre orientadora e estagiários no sentido de organizar o plano das atividades de estágio, nomeadamente: Estabelecimento de regras funcionais e operacionais; Divisão dos estagiários em função dos projetos comunitários; Elaboração do plano de estágio⁷; E orientação e seguimento do estágio.

Deu-se início ao estágio no CIC BELA VISTA no dia 16 de Novembro. Foi feita apresentação dos funcionários e da estagiária, visita ao espaço, integração do programa do Centro e familiarização dos processos dos beneficiários (crianças e famílias) identificados com necessidades de atendimentos psicológico.

2.2- Atividades do Estágio

Durante o período de estágio foram várias as atividades desenvolvidas, destas, destacam-se atividades relacionadas com a prática psicológica, apoio psicossocial, sensibilização comunitária, atividades de capacitação familiar, discussão de temas e intervenção grupal.

⁶ Ver em anexo 2 (Código de conduta e termo de confidencialidade das informações da organização)

⁷ Ver plano de atendimento apêndice 2

2.2.1- Sensibilização Comunitária e Trabalho Colaborativo

✓ Feira de Saúde Comunitária⁸

A feira de saúde comunitária foi realizada na comunidade de Ribeira de Craquinha, organizada pelo Centro SOS em parceria com suas associações parceiras, e outros (voluntários, associações da localidade e ainda universitários da Universidade do Mindelo dos cursos de Psicologia e Ortóptica e Ciências da Visão).

Foi uma atividade com grande aderência dos moradores, O curso de psicologia (com participação dos estagiários contribuíram na atividade através de palestras - *Relação Entre O Alcoolismo E Adoeça Mental* e efetuou-se a destruição de folhetos aos participantes da atividade, para maximizar a divulgação de informação sobre o tema ministrado. E levou-se cabo dinâmicas diversificadas direcionadas às crianças e adolescentes. A área da saúde foi fortemente explorada, com rastreios de visão, controlo da pressão arterial, despistes da diabete, e ainda sensibilização na área de saúde sexual e reprodutiva.

✓ Fórum Comunitário⁹

Foi uma atividade realizada em conjunto pelos três CIC's, Bela Vista, Ribeira Bote e Ribeira de Craquinha, todos projetos de intervenção comunitária do Centro Social SOS, com o objetivo de analisar e avaliar o programa dos parceiros comunitários, e perspetivar os planos de intervenção comunitárias para o ano 2016, através de definição das áreas para intervenção, elaboração de intervenção para 2017. O papel dos estagiários foi de observar e se inteirar dos mecanismos de atuação (funcionamento do programa, conhecimentos dos parceiros comunitários, dinâmica do trabalho desenvolvido através dos planos avaliados e programação dos planos futuros) dos projetos comunitários do Centro Social SOS.

2.2.2- Atividades de Capacitação das Famílias

⁸ Ver programa em anexo 3

⁹ Ver programa fórum anexo 4

✓ **Palestra de Motivação e Autoestima¹⁰**

A palestra foi direcionada para os formandos da área de culinária das três comunidades, dirigidas pelas estagiárias de psicologia do Centro SOS com auxílio da orientadora. O propósito da realização da atividade fundamentou-se na necessidade de motivar os participantes e torna-los agentes ativos do seu próprio desenvolvimento, na procura de alternativas para o sustento da sua família. Os participantes aderiram-se e engajaram-se na atividade com uma participação dinâmica e proactiva. Pode-se dizer que teve impacto positivo nos participantes.

✓ **Workshop de Educação e Competência Parental¹¹**

Foi uma atividade com uma carga horária de nove horas durante três dias onde participaram cerca de 15 beneficiários (adultos) do Centro Social SOS, com objetivo de capacitar os tutores de competência de educação parental para face as adversidades atuais que as mesmas enfrentam na educação dos seus filhos.

Ao longo dos três dias foram debatidos diversos temas e subtemas como por exemplo, a família (Tipologias), autoestima, estilos educativos, o autocontrolo, entre outros, com uma abordagem expositiva e dinâmicas e participativa. Foi dirigida pela psicóloga do Centro Social. Os estagiários tiveram um papel ativo apoiando na coordenação das atividades por um lado, e por outro, orientando os participantes nos trabalhos de grupo.

No final houve uma avaliação positiva em geral por parte dos participantes, gratificando, e realçando a importância e o impacto (consciencialização e mudança de atitude face a educação dos filhos) que esta atividade promoveu nas suas vidas.

2.2.3- Apoio Psicossocial

✓ **Visitas Domiciliárias**

As visitas domiciliárias foram realizadas com intuito de conhecer as famílias e a realidade que as mesmas vivem, analisar a situação sociofamiliar, recolher dados para

¹⁰ Ver apêndice 4

¹¹ Ver programa em anexo 5

melhor compreensão familiar. Foi ainda feito a sensibilização familiar no sentido de melhorar a aderência das mesmas nas consultas psicológicas.

2.2.4- Intervenção Grupal

✓ Oficinas de comportamento¹²

Durante as férias do segundo trimestre foi realizada durante duas semanas no CIC-BV oficinas de comportamento e emoção dirigidas pela estagiária. Esta atividade surgiu como mecanismo de atuação para amenizar as necessidades a nível do comportamento e das relações afetivas observadas nas crianças durante os momentos de contato com as mesmas em vários contextos (escolar, familiar e institucional).

Participaram das sessões crianças e adolescentes das escolas primárias e secundárias, do sexo masculino e feminino, divididos em dois grupos e realizadas no turno de manhã, com duração de 1:30h.

No decorrer dessa atividade, diariamente era debatido um tema o *bullying*, o autoconhecimento, a autoestima e motivação, os riscos das redes sociais, a tomada de decisão, e agressividade/violência, entre outros.

Foi uma experiência muito boa e gratificante, pois pode-se ter contato com diversas pessoas, diversas personalidades e mesmo com alguns sobressaltos, a avaliação foi positiva. Mostraram estar sempre motivados e participantes durante a oficina. No final da atividade, observou-se crianças e adolescentes com manifestações comportamentais e afetivas mais ajustadas, entretanto enfatiza a importância de continuidade de atividades desta natureza.

2.2.6- Apresentação e Discussão de Temas¹³

Com as visitas domiciliares¹⁴ e o contato com a realidade da comunidade e seus diversos intervenientes, foi possível perceber a existência de muitos problemas que

¹² Ver em apêndice 5

¹³ Ver apêndice 6

¹⁴ Pesquisado em https://pt.wikipedia.org/wiki/Violência_doméstica

afetam as comunidades e que tem um importante repercussão nas crianças e suas famílias. Neste sentido foram apresentados e debatidos temas pertinentes abrindo assim o horizonte de conhecimentos dos estagiários.

Trabalhou-se o tema **violência doméstica** primeiramente porque no histórico das famílias que seriam atendidas era uma das queixas mais frequentes.

Violência doméstica, é a violência explícita ou velada, literalmente praticada dentro de casa ou no ambiente familiar, entre indivíduos unidos por parentesco civil (marido e mulher, sogra, padrasto, filhos) ou parentesco natural (pai, mãe, filhos, irmãos). Inclui diversas práticas, como a violência e o abuso sexual contra as crianças, maus-tratos contra idosos, e violência contra a mulher e contra o homem geralmente nos processos de separação litigiosa além da violência sexual contra o parceiro.

Pode ser dividida em: **Violência física**, quando envolve agressão direta, contra pessoas do agredido ou destruição de objetos e pertences do mesmo (patrimonial); **Violência psicológica**, quando envolve agressão verbal, ameaças, gestos e posturas agressivas, juridicamente produzindo danos morais; e a **Violência socioeconômica**, quando envolve o controle da vida social da vítima ou de seus recursos econômicos.

Também alguns consideram violência doméstica, o abandono e a negligência quanto a crianças, parceiros ou idosos.

Enquadradas na tipologia de categoria interpessoais, subdividindo-se quanto a natureza Física, Sexual, Psicológica ou de Privação e abandono, afetando ainda a vida doméstica pode-se incluir da categoria autodirigida o comportamento suicida especialmente o suicídio ampliado (associado ao homicídio de familiares) e de comportamentos de autoabuso, especialmente se consideramos o contexto de causalidade.

Muitos casos de violência doméstica encontram-se associados ao consumo de álcool e drogas, pois seu consumo pode tornar a pessoa mais irritável e agressiva especialmente nas crises de abstinência. Nesses casos o agressor pode apresentar inclusive um comportamento absolutamente normal e até mesmo "amável" enquanto sóbrio, o que pode dificultar a decisão da parceira em denunciá-lo. A violência contra a

mulher é em maior número, mas existe a violência praticada contra o homem, mas o homem tende a esconder mais por causa de vergonha.

2.3- Atividades Relacionadas Com a Prática Psicológica

✓ Estágio Supervisionado

O estágio foi acompanhado e supervisionado pela Dra. Patrícia Évora, as sessões de orientação decorriam semanalmente. Iniciou-se com a elaboração conjunta do plano geral de estágio com ações semanais direcionadas a intervenção nos CIC's, neste caso, as ações decorrem no âmbito do CIC-BV¹⁵.

As principais atividades de orientação centraram-se na Apresentação e Discussão de Casos; Apresentação e Discussão de Temas de interesse e pertinência, identificados no âmbito da prática; Seguimento nas Consultas Psicológicas; e Orientação nas intervenções Grupais (Palestras, Oficinas de Comportamento e Emoções, *Workshop`s*) e ainda efetuar intervenções colaborativas nas atividades do próprio Centro (feira de saúde comunitária, entre outros).

✓ Consultas Psicológicas

As consultas decorreram sobre a supervisão da orientadora Patrícia Évora com o objetivo de supervisionar o processo, e melhorar o desempenho dos estagiários para que o processo de avaliação e intervenção psicológica decorresse de melhor forma, por um lado, e por outro, promover a autonomia dos estagiários para assumirem a prática.

✓ Atendimento Psicológico¹⁶

Para o processo de atendimento e acompanhamento, foram encaminhados casos de beneficiários do CIC-BV (crianças e seus encarregados), e casos da escola primária Semião Agostinho Lopes da mesma comunidade. Do Centro foram encaminhadas 11 famílias/encarregados, mas não houve aderência das mesmas, pelo que foi necessário uma nova seleção para que fosse possível iniciar as consultas com os beneficiários do CIC-BV.

¹⁵ Centro de Intervenção Comunitária de Bela Vista.

¹⁶ Ver quadro em apêndice 3.

Da escola e por solicitação do gestor, foram selecionadas 6 casos para atendimento, com uma aderência totalidade, sendo cinco dos casos com demanda de dificuldades de aprendizagem e um caso de paralisia cerebral.

2.4- Resultados Atingidos

As atividades realizadas ao longo do período de estágio foram de grande importância porque permitiram aos estagiários a não cingir apenas as consultas a nível do Gabinete.

Foram feitos trabalhos comunitários, trabalhos de campo, criando a oportunidade de estar em contato direto com diversos contextos e conhecer melhor as realidades desconhecidas por alguns, e com isso a bagagem adquirida foi enorme, as experiências únicas, e o mais importante foi sentir que foi feito algo para mudança de vida de muitas pessoas (nos contextos individual, familiar e comunitário), particularmente, quando o impacto reflete na melhoria do desenvolvimento da criança, poder-se-á dizer que a experiência foi deveras muito gratificante.

3.4 - Constrangimentos e Limitações

Em termos de constrangimento é importante realçar por um lado, as dificuldades iniciais em encontrar um espaço para atendimentos por estar a decorrer varias atividades anteriormente programadas no CIC-BV, e por outro, o fraco engajamento dos pacientes as consultas, particularmente os encarregados de educação. Entretanto, com o tempo as dificuldades foram supridas, através de outras alternativas, garantindo assim a normalidade do processo de estágio.

CAPITULO III – APRESENTAÇÃO DOS CASOS

3.1 - Justificação

A escolha do primeiro caso clínico justifica-se, pelo fato de no momento da entrevista com a mãe da criança, esta ter relatado que apenas com seis anos de idade a criança já tinha sido assistido por outros três psicólogos, levou-se a inferir que, de fato, poderia ser um caso bastante desafiante, de muita investigação e que o grau de dificuldade constituiria um desafio profissional.

Já o segundo caso a escolha foi bem diferente. Foi um dos casos, se não o caso mais difícil e desafiante encontrado durante todo o período de estágio, pela própria natureza, riscos e instabilidades que se poderia apresentar, para além disso, trata-se de uma caso raro com início na infância.

3.2 – Apresentação Do Caso 1

3.2.1 – Fundamentação Teórica

Deficiência intelectual

Segundo Krynski et al. (1983) o conceito de deficiência intelectual passou no decorrer dos anos por diversas definições e terminologias para caracteriza-la. Tais como oligofrenia, retardo mental, atraso mental, deficiência mental, entre outros. Esse tipo de deficiência é um vasto complexo de quadros clínicos, produzida por várias etiologias e que se caracteriza pelo desenvolvimento intelectual insuficiente em termos globais ou específicos.

Para se definir deficiência intelectual¹⁷ tem-se, obrigatoriamente, de pensar em quociente de inteligência, na medida em que esta deficiência interfere diretamente com o funcionamento intelectual de qualquer ser humano.

¹⁷ Pesquisado em : <http://revistapontocom.org.br/artigos/deficiencia-intelectual-o-conceito>

Contudo, nem todos os seres humanos possuem um desenvolvimento intelectual igual entre si, alguns sofrem de distúrbios intelectuais que advém de causas diversas. Considerando as causas e os reflexos dos mesmos assim se identifica o tipo de deficiência de que uma criança possa sofrer.

Desta forma, podemos então dizer que uma criança que apresente um funcionamento mental geral abaixo da média, associado a problemas de comportamento adaptativo, que se refletem quer a nível académico, quer a nível social, e ainda se estes problemas remontarem às primeiras fases de desenvolvimento que estamos perante um caso evidente de deficiência intelectual.

Fonseca (1989: 29) definia a criança deficiente como sendo a criança que se desvia da média ou da criança normal em: 1) características mentais; 2) aptidões sensoriais; 3) características neuromusculares e corporais; 4) comportamento emocional e social; 5) aptidões de comunicação e 6) múltiplas deficiências, até de justificar e requerer a modificação das práticas educacionais ou a criação de serviços de educação especial no sentido de desenvolver ao máximo as suas capacidades.

De acordo com a *American Association of Mental Retardation* (A.A.M.R., 1992) deficiência mental define-se como funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média, que interfere nas atividades adaptativas e cognitivas.

Refere-se ainda que o estado de redução notável do funcionamento intelectual, significativamente inferior à média, se associa em dois ou mais aspetos do funcionamento adaptativo, tais como: comunicação, cuidado pessoal, competência doméstica, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho.

A estrutura da inteligência é explicada através de três teorias: monárquica, oligárquica ou bifatorial e multifatorial. A primeira defende que a inteligência é uma faculdade única ou unitária não composta por outras faculdades inferiores e remonta ao século XIX. A segunda, bifatorial, defende a existência de um fator geral, «G», denominado de inteligência geral e um fator específico, «S», constituído pela capacidade concreta para cada tipo de atividade. Esta teoria, defendida por Spearman (cit. por Bautista, 1997), define a inteligência como um conjunto formado pelo fator «G» e os fatores «S». Thurstone (cit. por Bautista, 1997), no que refere à teoria

multifatorial, defende que a inteligência é constituída por um conjunto de fatores independentes entre si.

Segundo Spearman existem treze fatores, dos quais os seis primeiros são considerados capacidades primárias: compreensão verbal, fluência verbal, fator espacial, fator numérico, fator memória e fator raciocínio ou indução.

A inteligência pode ser definida como: capacidade para aprender, capacidade para pensar abstratamente, capacidade de adaptação a novas situações, e ainda como um conjunto de processos cognitivos como memória, caracterização, aprendizagem e solução de problemas, capacidade linguística ou de comunicação, conhecimento social. Sainz e Mayor (1989, cit. por Pacheco 1997: 209).

Assim sendo, poderemos dizer que a inteligência é a capacidade que nos permite adaptar, realizar, resolver problemas, interpretar futuros estímulos para modificar comportamentos, acumular conhecimentos ou mesmo responder a itens num teste de inteligência. Sainz e Mayor (1989, cit. por Pacheco 1997: 209).

Deficiência Intelectual- DSM IV¹⁸

Esta perturbação caracteriza-se por funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (QI¹⁹ aproximadamente de 70 ou inferior) com início antes dos 18 anos e défice ou concomitante insuficiente no funcionamento adaptativo.

O grau de gravidade da deficiência mental é definido de acordo com o nível do *QI*, nesta perspetiva a Deficiência Mental manifesta da seguinte forma: Deficiência Mental Ligeira (QI entre 50-55 e aproximadamente 70); Deficiência Mental Moderada (QI entre 35-40 e 50-55); Deficiência Mental Grave (QI entre 20-25 e 35-40); e Deficiência Mental Profunda (QI inferior a 20 ou 25).

¹⁸ American Psychiatric Association, (2002) *Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*, Lisboa, CLIMEPSI-EDITORAS.

¹⁹ *QI* - Quociente De Inteligência

Deficiência Mental Leve [F71.9]

A deficiência Mental Ligeira é, aproximadamente, equivalente à categoria pedagógica «educável». Este grupo constitui a maioria dos sujeitos com esta perturbação (cerca de 85%). Consideradas no seu, as pessoas com este nível de Deficiência Mental desenvolvem tipicamente competências sociais e de comunicação durante os anos pré-escolares (dos 0 aos 5 anos), têm deficiências mínimas nas áreas sensoriomotoras, e, muitas vezes, não se distinguem das crianças normais até idades superiores posteriores. Durante os últimos anos da sua adolescência podem adquirir conhecimentos académicos ao nível do 9º ano de escolaridade. Durante a sua vida adulta poderão adquirir competências sociais e vocacionais a uma autonomia mínima, mas podem necessitar de apoio, orientação e assistência quando estão sob *stress* social ou económico fora do habitual. Com apoios adequados os sujeitos com Deficiência Mental Ligeira podem viver normalmente na comunidade, quer de modo independente quer em lares protegidos.

Deficiência Mental Moderada [F71.9]

A Deficiência Mental Moderada é aproximadamente equivalente à categoria pedagógica «treinável». Este termo antiquado não deveria ser usado porque implica, erradamente, que os sujeitos com Deficiência Mental Moderada não podem beneficiar de programas educativos. Este grupo constitui cerca de 10% da população com Deficiência Mental. A maioria dos sujeitos com este nível de Deficiência Mental pode adquirir competências de comunicação durante os anos pré-escolares. Podem beneficiar de treino laboral, e, com relativa supervisão, adquirem uma certa autonomia. Podem também beneficiar de um treino de competências sociais e ocupacionais mas têm pouca probabilidade de ultrapassar o 2º ano de escolaridade.

Deficiência Mental Grave [F72.9]

O grupo de sujeitos com Deficiência Mental Grave constitui 3% a 4% dos sujeitos com Deficiência Mental. Durante os primeiros anos da infância, adquirem pouco ou nenhuma linguagem comunicativa.

Na idade pré-escolar, podem aprender a falar e serem treinados em atividades elementares de higiene. Beneficiam de forma limitada de instrução em temas pré-académicos, familiarizam-se com o alfabeto, aprendem a contar e podem adquirir

competências para «ler» algumas palavras através de imagens. Na idade adulta, podem realizar tarefas simples sob apertada supervisão. Muitos adaptam-se bem à vida na comunidade em lares protegidos ou com as suas famílias, a não ser que apresentem uma deficiência associada que requeira cuidados especiais.

Deficiência Mental Profunda [F73.9]

O grupo com deficiência Mental Profunda constitui aproximadamente 1%, a 2%. Na maioria dos sujeitos com este diagnóstico foram identificadas situações neurológicas que conduziram à sua Deficiência Mental. Durante a primeira infância, manifestaram um défice do funcionamento sensoriomotor. Com uma relação individualizada e uma pessoa que cuide delas, estas crianças podem atingir um ótimo desenvolvimento. O desenvolvimento motor, as competências de comunicação e de autocuidados podem melhorar se tiverem um treino adequado.

4.2.2- Teorias que explicam a deficiência intelectual

Das várias abordagens teóricas que fundamentam a deficiência intelectual, destaca-se as Teoria Comportamental, Teoria Cognitivo-Comportamental e a Teoria Psicanalítica:

✓ Teoria Comportamental

Os teóricos comportamentalistas fortificam a influência do meio sobre a deficiência intelectual. Esses acreditam que a deficiência intelectual é um défice de comportamento que deverá ser encarado como resultado da interação de 4 fatores importantes: os fatores biológicos passados (genéticos, pré-natais, etc.); os fatores biológicos atuais que seriam as drogas, o *stress*; a história anterior de interação com o meio (reforço); e também as condições ambientais presentes ou então outras situações atuais (Escoval, 1993).

✓ Teoria Cognitivo-Comportamental

A Teoria Cognitivo Comportamental tem tido um impacto enorme sob o campo da saúde mental, devido sua eficácia na compreensão e no tratamento de uma extensão de distúrbios emocionais e comportamentais. Na teoria cognitiva comportamental

busca-se a reestruturação cognitiva, a partir de uma conceituação cognitiva do paciente e de seus problemas. Inicialmente, objetiva devolver ao paciente a flexibilidade cognitiva, através da intervenção sobre as suas cognições, a fim de promover mudanças nas emoções e comportamentos que as acompanham. Ao longo do processo terapêutico, no entanto, atua diretamente sobre o sistema de esquemas e crenças do paciente a fim de promover sua reestruturação cognitiva e aquisição de competências, e mudanças de comportamento.

✓ Teoria Psicanalítica²⁰ – A deficiência intelectual e o saber

Sigmund Freud também deixou a sua contribuição na pesquisa do deficiente mental ao determinar um lugar para ele, a partir dos estudos sobre a sexualidade infantil. Freud delimitou esse saber ao propor uma clínica em que, mesmo com as dificuldades vinculadas ao corpo, ocorria uma possibilidade via escuta. Ele não se situou diante da deficiência, mas perante a um ser de palavras, detendo uma verdade que lhe era escondida, subtraída, ou que não lhe pertencia mais. Para Sigmund Freud, ser inteligente é saber ler entre as linhas, entender o que é dito além das palavras. Ou parafraseando Lacan, ser inteligente depende, também, da capacidade de acessar o saber inconsciente, o saber que não se sabe. Em relação aos deficientes mentais, acreditamos que este saber inconsciente é o único saber que detêm e que os sustentam porque não se desprendem do sentido concreto das palavras; o equívoco permanece inacessível para eles que possuem como recurso o formalismo, sem conhecer a metáfora

A leitura que a Psicanálise faz sobre a deficiência mental relaciona-se com um ser sem o saber intelectual, numa relação de evidência de nada compreender, mas é sustentada por um saber, denominado saber inconsciente. Esse esclarecimento da dimensão inconsciente não é contrário à crença em uma debilidade inscrita nos genes, de um determinismo biológico, mas é indicativo do uso que o inconsciente faz desta inscrição genética. Uma vez que sabemos que, além de ser imperativo ressignificarmos o lugar do deficiente mental, devemos ressaltar que existe um lugar do pseudo-deficiente e não somente da deficiência inscrita no corpo físico.

²⁰ Silva Alexandra (2005) desvelando o sentido da deficiência mental Mental; - ano II - n. 4 - Barbacena

A deficiência intelectual e a aprendizagem²¹

A primeira condição para compreender o deficiente intelectual e programar o seu processo educativo é aceitar a condição de que ele é como todos, e sempre em processo de aprendizagem e, que diante da realidade em que esta inserida há necessidade que a escola esteja preparada e devidamente equipada. A deficiência intelectual não é considerada uma doença ou um transtorno psiquiátrico e sim, um ou mais fatores que causam prejuízo das funções cognitivas que acompanham o desenvolvimento. Conforme se adquirem maiores conhecimentos sobre a natureza da deficiência, as práticas educacionais aprimoram-se compensando-a, promovendo as competências individuais, potencializando as capacidades de cada um.

Deficiência intelectual é uma anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica que dificultam o desempenho de atividade/aprendizagem, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. A deficiência prejudica a limitação de habilidades como comunicação, coordenação, algumas vezes equilíbrio, no desempenho de autocuidado.

A escola é a instituição responsável pela passagem da vida particular e familiar para o domínio público, tendo assim uma função social reguladora e formativa para os alunos. No mesmo ponto de vista ainda diante da inclusão, o desafio das escolas comum e especial é o de tornar claro o papel de cada uma, pois uma educação para todos, não nega nenhuma delas.

Algumas instituições de ensino estão tendo muita dificuldade no atendimento. Para atender esta demanda a escola no ponto de vista deve-se proporcionar projetos anuais que sejam aplicados sempre promovendo qualidade respeitando as diferenças e especificidades do ser humano, ou seja, é o aluno que se adapta ao ensino, visando à inclusão.

Os alunos com deficiência intelectual são capazes de adquirir conhecimentos relativos à aprendizagem da língua escrita. Transmite uma mediação pedagógica mais

²¹Pesquisado em: www.efdeportes.com/efd198/aprendizagem-com-deficiencia-intelectual

significativa e eficiente, aquela que resulta na combinação de estratégias variadas, orientadas em função das dificuldades e potencialidades dos sujeitos e da situação problema.

Os professores devem estabelecer limites de forma clara apresentando firmeza nas atitudes da mesma forma que trata as demais crianças. No campo da aprendizagem/desenvolvimento deixar que ela observe, experimente e tente realizar as atividades, mediar a fazendo refletir sobre as diferentes possibilidades daquela ação. A mediação feita pelo professor com base nas reais dificuldades e possibilidades de sua sala de aula favorece a criação de um ambiente de respeito mútuo e interação social entre os alunos.

Definir o papel da escola, de propiciar condições de aprendizagem, sem levar em conta a gravidade do *deficit*, entende que certas aprendizagens, em especial de autonomia, as crianças costumam adquirir por meio de uma aprendizagem casual e espontânea, mas para crianças com deficiência é necessário cooperação da escola para que a aprendizagem seja mais eficaz, ou seja, um complementar o outro em benefício do desenvolvimento do deficiente, principal colaboradora em estudos sobre a deficiência, em seu experimento sobre a construção da inteligência de alunos com deficiência intelectual, baseadas no referencial piagetiano, que descreveu o desenvolvimento intelectual como um processo sequencial comum a todos os seres humanos, este experimento teve como principal objetivo comprovar se deficientes intelectuais seriam capazes de construir estruturas lógicas, condições vistas como necessárias para que o sujeito sistematize suas ideias sobre o mundo, segundo a teoria piagetiana.

²²A Deficiência intelectual e a família

A família constitui o primeiro universo de relações sociais da criança, podendo proporcionar-lhe um ambiente de crescimento e desenvolvimento, especialmente em se tratar das crianças com deficiência mental, as quais requerem atenção e cuidados específicos. A influência da família no desenvolvimento de suas crianças se dá, primordialmente, através das relações estabelecidas por meio de uma via fundamental: a

²²Pesquisado em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

comunicação, tanto verbal como não-verbal. A família representa, talvez, a forma de relação mais complexa e de ação mais profunda sobre a personalidade humana, dada a enorme carga emocional das relações entre seus membros.

A gama de interações e relações desenvolvidas entre os membros familiares mostra que o desenvolvimento do indivíduo não pode ser isolado do desenvolvimento da família. A família constitui um grupo com dinâmicas de relação muito diversificadas, cujo funcionamento muda em decorrência de qualquer alteração que venha a ocorrer em um de seus membros ou no grupo como um todo. A rede de relações da família possui características específicas de unicidade e complexidade, constituindo um contexto em desenvolvimento. A complexidade das relações familiares pode, também, ser entendida por meio da perspectiva da família como um ambiente não compartilhado, onde as relações desenvolvidas entre seus membros geram experiências diferenciadas para cada um. Portanto, cada membro da família vivencia, de maneira particular, a chegada de uma criança com deficiência.

O impacto sentido pela família com a chegada de uma criança com algum tipo de deficiência é intenso. Esse momento é traumático, podendo causar uma forte desestruturação na estabilidade familiar. O momento inicial é sentido como o mais difícil para a família, a qual tem que buscar a sua reorganização interna, que, por sua vez, depende de sua estrutura e funcionamento enquanto grupo e, também, de seus membros, individualmente.

A família passa, então, por um longo processo de superação até chegar à aceitação da sua criança com deficiência mental: do choque, da negação, da raiva, da revolta e da rejeição, dentre outros sentimentos, até a construção de um ambiente familiar mais preparado para incluir essa criança como um membro integrante da família. A reorganização familiar fica mais fácil quando há apoio mútuo entre o casal. Nesse caso, o ambiente familiar pode contribuir para o desenvolvimento e crescimento da criança. Contudo, o ambiente pode também dificultar essa reorganização interna da família, principalmente porque o nascimento de uma criança, por si só, já acarreta alterações que constituem um desafio para todos os membros familiares.

As famílias restabelecem o seu equilíbrio de maneira variada, dependendo dos recursos psicológicos utilizados para tal fim. São muitas as variáveis que afetam o

desenvolvimento da criança. Tanto fatores macro sistêmicos renda familiar, grau de instrução dos pais e profissão, como microssísmicos qualidade das interações e relações entre os membros familiares e pessoas próximas, particularmente no que tange às práticas psicossociais de cuidados implementados nesses contextos, associam-se na promoção de um desenvolvimento adequado e saudável da criança. Aprofundar o conhecimento sobre o funcionamento de famílias de crianças deficientes mentais constitui um caminho promissor para a compreensão do desenvolvimento destas crianças e de sua adaptação ao meio.

3.3- ESTUDO DE CASO 1

3.3.1-Identificação do Paciente

Nome: R1

Idade: 6 anos

Data nascimento: 04/05/2009

Sexo: masculino

Classe: 1º ano do ensino básico

Morada: Bela Vista

Profissão do pai: Músico

Profissão da mãe: Domestica

3.3.2- Demanda e Motivo da Consulta

O caso foi encaminhado pela professora do aluno, a mesma justifica que desde cedo identificou problemas no aluno como dificuldades na aprendizagem, não saber expressar as suas ideias, não saber falar corretamente, e por vezes ter comportamentos desajustados.

3.3.3- Historial clínico²³

R1 é uma criança do sexo masculino, nascida em São Vicente, tem 6 anos de idade, mora em Bela Vista com os pais, um irmão gêmeo e uma irmã mais nova, e estuda o 1º ano do ensino básico.

Desde cedo, ainda no jardim, foi notado algum atraso na criança em relação a outras da mesma idade, e tendo-o encaminhado para psicólogo. Já tem um historial de acompanhamento por parte de três psicólogos. Apresenta muitas dificuldades a nível da linguagem, apesar de após entrada na escola segundo a mãe tem-se melhorado bastante, tem algum comprometimento na parte da compreensão.

É uma criança bastante dependente, não tem qualquer tipo de iniciativa própria, depende da mãe em todas as áreas até mesmo a higiene bucal. Na área do ensino apresenta muitas limitações, por enquanto ainda não conseguiu desenvolver as tarefas da mesma forma que os colegas, não é avaliado os conteúdos das matérias porque o mesmo não apresenta competências para ser avaliado.

É uma criança que não socializa como os outros, não brinca nos recreios, fica sempre de fora, apenas observando os colegas a brincarem.

É importante também realçar que o R1 tem um irmão Gémeo que tem as mesmas características, as mesmas dificuldades e as mesmas áreas afetadas.

3.3.6- Sessões de avaliação realizadas

Sessão com a Mãe

Primeira sessão

A primeira sessão marcada com os pais, nesse caso a mãe, foi realizada com o intuito de informar a mesma sobre o processo, uma vez que a criança foi encaminhada pela escola e ainda sem consentimento dos encarregados de educação. Foi uma sessão de apresentação desde o pessoal ao profissional, de explicação ao programa do estágio e as razões do encaminhamento da criança. Depois disso foi solicitado a mãe para dar a sua opinião e não só, se ela concordasse e aceitasse que o seu filho tivesse acompanhamento

²³ Ver genograma apêndice 7

psicológico. Ela mostrou-se logo de início interessada e disposta a acompanhar o filho, pelo que o feedback por parte dela foi positiva, realçando que seria de extrema importância para ambos. Posto isso, após a discussão dos trâmites do atendimento, deu-se por encerrada a sessão.

Segunda sessão

Nessa sessão e já com a presença da criança começou-se por um pequeno diálogo entre o sujeito para ver se ele sabia o motivo da sua presença, a sua reação do momento, em modo de brincadeira para que ele se sentisse mais a vontade. Após isso foi concordado que desse início a oficialização das sessões com a assinatura do contrato terapêutico²⁴, preenchimento da ficha de identificação e por último procedeu-se a aplicação da entrevista anamnese, para que fosse possível conhecer um pouco o sujeito, as informações bases, a sua história desde o nascimento até ao momento, que são dados importantes para avaliação psicológica.

Sessões com a criança

Primeira sessão

Foi a primeira sessão individual com a criança, enviada pela professora, chegou na sala de atendimento descontraído, não apresentava ansiedade, apenas tinha a preocupação de observar o que estava a sua volta, e fazia perguntas. Ele dava margens para que a empatia fosse rapidamente estabelecida porque estava normal e conversador. Começou-se por conversas mais descontraídas que favoreceu o clima terapêutico, usando uma linguagem fácil, própria da criança, introduzindo assim a apresentação da estagiaria e da criança, lembrando algumas informações como por exemplo o motivo da sua ida aos atendimentos psicológicos no sentido de informa-lo e consciencializa-lo do processo que ora se iniciava, para ajuda-lo a desenvolver as suas capacidades e melhorar o seu bem-estar.

Pelo fato do paciente ter colaborado no processo, proporcionou a oportunidade iniciar o processo de avaliação psicológica através da aplicação da técnica de desenho livre, como primeiro mecanismo para melhor conhecer a Criança, através da sua capacidade, o seu desempenho e também a sua inteligência e aspetos da personalidade

²⁴ Ver modelo contrato em apêndice 8

através da projeção gráfica. Ele foi ligeiro e simples no seu desenho, solicitando-o de seguida que desenha-se um desenho da sua família e ele não hesitou, rapidamente começou a desenhar, e ao mesmo tempo que ia desenhado ia explicando qual membro estava desenhando. O paciente deu espaço para uma pequena entrevista a volta do desenho (se tinha desenhado todos os familiares, se não tinha esquecido nenhum deles, e o que estava acontecendo em termos de dinâmica e relações dos membros). Após isso foi dado como encerrado a sessão.

Segunda sessão

Chegou a consulta à hora marca, bem-disposto e ativo, conversando sobre o seu final-de-semana e os festejos do carnaval, pegou-se da conversa para fazê-lo falar e assim poder analisar a sua expressão da linguagem, o seu raciocínio, e o modo como flui as palavras. Por momentos encontrou-se dificuldades em manter o diálogo porque o mesmo não entendia o conteúdo. Seguidamente foi explicado a R1 sobre uma tarefa que ia ser feito que era aplicação do teste de inteligência de Raven infantil. Após ter-lhe explicado os procedimentos da sua aplicação, ou seja qual era o seu papel e como o iria fazer, deu-se início a aplicação do referido teste, para avaliar as suas capacidades intelectuais. Demorou-se algum tempo para o início porque ele não estava compreendendo o objetivo, a finalidade e a realização prática do mesmo, então teve-se a necessidade de introduzir o conteúdo de forma lúdica, como se se tratasse de um jogo para que o mesmo pudesse compreender o processo de realização. Fez o teste até ao final, apesar de ter sido intuitivo em alguns momentos. Após a sua concretização, deu-se por finalizada a sessão.

Terceira sessão

Foi nessa sessão, que aproveitando do diálogo e do estabelecimento da empatia feita nas sessões anteriores, saber que ele gosta de gatos, que é o seu animal preferido e que em casa tem um, foi aplicado a técnica projetiva histórias e contos infantis “o gato das botas” exposto através de imagens para que o mesmo pudesse criar agora a sua própria história. Quando apresentado as imagens ele não reagiu ao estímulo, não conseguiu utilizar os processos cognitivos para elaboração da mesma, mostrando-se falta de criatividade, e fraca capacidade de interpretativa e de abstração. Sendo assim foi

proposto que ele contasse uma história a seu critério, mas mesmo assim mostrou inibido, e não colaborou nesta tarefa. Deu-se neste sentido o término da sessão.

Quarta sessão

Esta sessão foi dedicada a observação não participante da criança realizada no contexto escolar, na hora do recreio. Foi de extrema importância para observar a sua socialização, o seu modo de estar perante os colegas de turma e da escola, analisar o seu comportamento, observar a sua reação perante estímulos. Após este processo, pode-se observar que R1 é uma criança pouco sociável e que parece muitas vezes fazer-lhe confusão estar no meio dos colegas. Não reage a qualquer tipo de situação ou de estímulo, não interage com os demais colegas e fica isolado nos intervalos.

Quinta sessão

Foi feita a observação (não participante) do sujeito, mas agora no contexto da sala de aulas para poder observar a reação do sujeito no contexto da aprendizagem. Se no recreio ele é sossegado, não brinca nem faz nada, na sala de aulas ele é muito agitado, não faz nada, não cumpre com as regras, por vezes perturba as aulas, não desempenha as mesmas tarefas que os outros desempenham. Enquanto copiavam no quadro os exercícios, a professora aproveitou para lhe dar uma tarefa diferente que era de soletrar o alfabeto, não foi assim tão assertivo mas conseguiu identificar e dizer algumas letras.

Sexta sessão

A sexta sessão foi feita juntamente com a mãe para aplicação da escala de avaliação dos comportamentos adaptativos de Vineland, com objetivo de avaliar certos comportamentos da criança e não só, porque também é um instrumento valioso que ajuda muito nas conclusões diagnósticas e foi aplicado por já ter índices de manifestação de alguns sintomas/comportamentos desadaptativos.

A mãe como sempre compareceu a mais uma sessão, e como sempre inicialmente foi-lhe explicado o conteúdo e o objetivo do teste e quais seriam os motivos para a sua aplicação. Ela revelou estar bem-disposta e preparada para o início do teste. Durante a realização da mesma ela respondia sempre as questões, questionando várias vezes por não compreender algumas palavras, mas isso não foi nenhum problema

porque sempre encontrou-se outras formas para fazê-la compreender e assim obter uma resposta.

Ao chegar ao meio da entrevista a mesma mostrou um sinal de cansaço devido a extensão do teste e as várias respostas, mas isso não quebrou o ritmo que da tarefa/entrevista, respondendo sempre firme as questões, justificando-as com exemplos sem esconder os problemas do seu filho. Ao concluir a tarefa deu-se por encerrada a sessão.

Sessão com a professora

O motivo desta sessão prendeu-se em conhecer o sujeito no que toca ao processo ensino-aprendizagem, as suas dificuldades, limitações os seus pontos fracos e fortes. Como suporte foi aplicada a professora uma ficha psicodiagnóstico²⁵ onde encontramos várias áreas e tarefas que seriam classificadas pela mesma consoante o desempenho, ou se pode dizer o nível em que a criança se encontrava no momento. Por ser acessível, foi possível fazer uma análise na hora e perceber que os resultados são “negativos”, não são bons, uma vez que em todas as áreas indicadas pela professora, apontava muitas deficiências no aluno.

3.3.7- Instrumentos Utilizados no Processo de Avaliação psicológica

Para o processo de avaliação psicológica foram aplicadas as técnicas abaixo indicadas, com intuito de se chegar a uma hipótese diagnóstica, realçando que os testes seguem diretrizes internacionais, não foram aferidos para a população cabo-verdiana.

✓ Anamnese psicológica²⁶

Bénony e Chahraoui (2002) a anamnese é um retorno ao passado e um momento chave no procedimento clínico. Considerado um meio de diagnóstico e prognóstico, tanto como uma forma de melhor compreender o funcionamento intrapsíquico inerente à história de vida do paciente e aos seus impasses atuais.

²⁵ Ver anexo 6

²⁶ Ver modelo anexo 7

✓ **Técnicas projetivas**

Consiste numa percepção interna que é substituída, reprimida e deformada ao nível do seu conteúdo e que chega à consciência como sendo na percepção externa. É um mecanismo psíquico primário que funciona de acordo com o princípio do prazer e visa a identidade da percepção, (Freud, 1911). Existem várias técnicas projetivas das quais foram aplicadas:

✓ **Desenho livre**²⁷

Segundo Rabello (2013) o ato de desenhar traz em si uma importante contribuição para o entendimento da subjetividade do sujeito, de sua forma de expressão psíquica com o mundo externo. Tendo como característica importante de fornecerem dados menos suscetíveis a várias distorções e restrições que afetam a comunicação verbal, classificam-no como uma ferramenta de linguagem mais independente dos fatores conscientes, promovendo, assim, a projeção da personalidade do indivíduo.

✓ **Desenho da família real**²⁸

Essa técnica é aplicada ao sujeito com finalidade de analisar traços de personalidade através da projeção e as tendências recalcadas. Também pode revelar sentimento que nutre pelos membros do sistema familiar, projetar subjetivamente a dinâmica e a relação entre esse mesmo sistema.

✓ **Observação psicológica**

A observação consiste na recolha de informação, de modo sistemático, através do contato directo com situações específicas. Esta técnica existe desde que o homem sentiu necessidade de estudar o mundo social e natural (de Aristóteles a Comte, até aos nossos dias) e constitui uma técnica básica de pesquisa. A observação científica distingue-se das observações espontâneas pelo seu carácter intencional e sistemático (Adler & Adler, 1994) e permite-nos obter uma visão mais completa da realidade de modo a articular a informação proveniente da comunicação intersubjetiva entre os sujeitos com a informação de carácter objetivo.

²⁷ Ver anexo 8

²⁸ Ver anexo 9

✓ **Teste de inteligência de Raven infantil²⁹**

As matrizes de Raven Progressivas (1938) foram construídas no pressuposto de que, os princípios da neogénese de Spearman fossem corretos poderiam fornecer um instrumento útil para comparar os indivíduos no que respeita a sua capacidade, oferece recursos práticos para aferir o desenvolvimento intelectual, a capacidade de aprendizagem e a deficiência intelectual ³⁰(CEPA 2000).

✓ **Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland³¹ (ECAV)**

É um tipo de teste que avalia o comportamento adaptativo desde o nascimento até a idade adulta.

Os conteúdos estão organizados em quatro categorias, a comunicação, autonomia, socialização e o comportamento em si, realçando que dentro de uma encontram-se subcategorias (Nadine Lambard, Kazuo Nihira 1993).

3.3.8- Resultados e Analise dos Instrumentos

✓ **Entrevista anamnese**

A entrevista de anamnese foi feita com a mãe da criança as informações recolhidas foram sistemas de seguinte forma:

No que toca a gravidez a mãe descreve-a como um processo que ocorreu de forma normal, realçando que durante a mesma foi submetido a um tratamento medico nos restantes 5 meses por ela ter contraído a rubéola.

Sobre o parto realça que foi tudo normal sem sobressaltos, a criança teve uma amamentação a base de leite materno nos primeiros 4 meses mas que depois foi a base do leite da farmácia. Relativamente a alimentação da criança desde a infância a mãe diz ser satisfatório embora não come alguns legumes. O sono é normal a partir das 20 horas já esta na cama de livre vontade.

²⁹ Ver anexo 10

³⁰ Centro Editor de psicologia Aplicada

³¹ Ver anexo 11

No que toca a linguagem, com 5 anos ainda tinha uma linguagem complicada que nem a mãe compreendia o que ele falava, com a entrada na escola desenvolveu bastante a linguagem e agora com 6 anos já se compreende muita coisa, mas ainda se nota algumas dificuldades em expressar, e um discurso desorganizado sem coerência e contexto. É uma criança que refere ao “eu” sempre na 3ª pessoa. “O R1 tem um gêmeo que se chama...” nunca na 1ª pessoa, demonstrando uma desintegração do EU.

R1 é uma criança bastante agitada, na sala de aulas não para, não cumpre regras. Foi verificado que por um lado, não compreendem a natureza das regras e das tarefas, e por outro, quer fazer as coisas funcionarem a sua maneira inclusive nas sessões o que se prepara para trabalhar com ele não funciona, vai-se cumprindo os objetivos aproveitando aquilo que é capaz de oferecer (ex.: diálogo). É uma criança totalmente dependente da mãe, até os dentes a mãe é quem realiza esta tarefa. Em termos comportamentais, quando é contrariando, faz muitas birras, deita no chão a sacudir com as mãos e com os pés no chão, revelando assim uma baixa tolerância a frustração.

Técnicas projetivas

✓ Desenho livre

O objetivo era que R1 demonstrasse o que lhe projetasse as suas vivências, a sua personalidade através da técnica, mas ao longo da tarefa, demonstrou ser pouco ou quase nada criativo e no desenho, reproduziu o desenho feito na aula no âmbito do tema independência de Cabo Verde. Na folha faz o desenho da bandeira nacional, um brasão, e uns pombos de liberdade. Não deixou transparecer nada dele próprio, nada pessoal ou emocional apenas redesenhou um conteúdo já trabalhado na sala de aulas.

✓ Desenho da família real

Analisando o desenho de família real do sujeito pode-se constatar que por vezes revela traços muito fortes que indica um certo grau de agressividade e impulsividade. Perda de espontaneidade na forma como desenha os membros da sua família, dispostos mais à esquerda da folha, o que indica tendências regressivas, falta de iniciativa e forte dependência dos pais. Dados confirmados pela entrevista e observação.

Para R1 a figura mais importante para ele na sua família é o seu irmão gêmeo que o desenha ao seu lado direito. Ele faz a desvalorização da figura paterna no desenho visto que o omite, não desenha o seu pai. Na composição da sua família entra só o irmão gêmeo, a mãe e a irmã mais nova. Desenha a mãe juntamente com a irmã separada dele e do irmão, que indica uma intimidade desprezada ou desejada pela criança.

No desenho a primeira figura desenhado é ele próprio, que pode levantar hipóteses de egocentrismo. No desenho há figuras com e sem braços, e os que desenha com braços, os braços estão estendidos que pode sugerir tendências de controlo do ambiente. Não desenha a mão em nenhuma das figuras, isso indica dificuldades de contato por parte da criança. Não faz nenhuma das figuras com pés o que revela dificuldades em se sentir estável, mais dependente dos outros pela incapacidade de mover-se por si próprio.

Desenha a sua casa pequena que indica a uma certa introspeção, a porta é pequena que pode ser índice de uma criança reservada. A família está desenhada em dois grupos que pode ser algum problema como a falta de comunicação.

✓ **Histórias e contos infantis**

Pelas conversas, já se sabia que ele gosta de gatos, então aproveitou-se para esta figura/personagem para criar histórias a volta de um gato, utilizando as imagens de um livro de contos, mas não ouve nenhum dado novo, ele não consegue criar uma frase, uma história, não reage a qualquer tipo de estímulo, nem sequer a imagens passadas no computador. R1 foi desafiado a contar uma história a seu critério só para ver se ele conseguisse criar algo de acordo com a sua própria imaginação, respondeu que não sabia contar nenhuma história. R1 apresenta muito pouca criatividade, nulas capacidades de abstração, interpretação e reprodução de conteúdos.

✓ **Observação psicológica**

A observação foi feita em dois momentos:

Na sala de aula a professora tenta ajudar R1, dando-o tarefas mais fáceis que os outros colegas, mas ele não os faz, por vezes nem os materiais ele tira da pasta, a única coisa que ele faz é perturbar as aulas com brincadeiras, levanta do seu lugar, sai a rua e depois volta a entrar na sala. R1 não obedece as regras imposta, as vezes a professora

deixa os outros alunos para lhe dar atenção, e com muitas insistências da professora ele pode copiar alguma coisa no quadro. Um dado importante, ele não faz nada nas aulas mas conhece muitas letras as vezes até mais que os outros colegas, só que não consegue fazer a integração, são vistas de forma isolada e desintegrada.

Relativamente as suas capacidades e aspetos positivos do R1, pode-se dizer que o quando o assunto é música ninguém sai melhor do que ele (fica entusiasmado e focado na tarefa), entretanto, por não conseguir compreender e pronunciar muitas palavras da letra, ele reproduz a música só emitindo sons no ritmo certo da música e a professora coloca-o à frente dos colegas para que eles possam ver e ouvir o “talento” do R1.

A observação feita no recreio, agora num ambiente externo, mais informal, e com muito mais pessoas, observa-se que R1 fica espantado, desorientado, não reage a nenhum estímulo, nem com as brincadeiras dos outros colegas, porque na sua percepção os colegas batam-lhe. Não brinca, nem mesmo com o irmão gêmeo, muitas vezes encostar-se numa parede e ficar a ver os outros brincando, ou então prefere ficar na sala de atendimento psicológico. Neste sentido, a criança demonstra sérios problemas na interação e relação interpessoal com os colegas e adultos no contexto social.

✓ **Teste de inteligência de Raven infantil**

Os resultados após aplicação do teste foram os seguintes:

Na série A, obteve um total de 12 respostas, respondeu erradamente a cinco e acertou em sete; Na Ab, e na última B, respondeu três respostas certas e sete erradas, cada. Do total das respostas respondidas, acertou em 12. Analisando este resultado, indica-nos que a Criança tem um quociente de inteligência abaixo da média. Tal resultado é indicativo de existência de uma deficiência intelectual leve.

✓ **Escala de comportamento adaptativo de Vineland**

Autonomia

No que toca à alimentação, encontra-se parcialmente comprometida, não de todo, porque numa idade de 6 anos já alimenta sozinho, mas ainda com comportamento de uma criança de 2 anos por exemplo, ao comer deita comida no chão e na mesa, brinca com a comida e fala de boca cheia. Tem um controlo de esfíncter, mas para usar a casa de banho precisa de ajuda da mãe, a mãe tem de tratar de tudo e ainda dar-lhe

banho, escova-lhe os dentes porque ele não sabe e não gosta de escovar os dentes. Precisa de ajuda para vestir, calçar e dar um laço.

Em termos de orientação, se for um lugar que fica perto de casa, consegue deambular com uma certa segurança, mas se for longe e em locais desconhecidos, perde-se com facilidade. Não sabe ainda usar o telefone, conhece os números mas não sabe utilizá-lo.

Aparentemente não apresenta problemas de audição e nem de visão, muitas vezes manda repetir as coisas, porque não tem capacidade de compreender rapidamente. Na área motora ele apresenta algumas dificuldades de equilíbrio, mas de resto parece tudo normal.

Linguagem (comunicação)

Evidência de comprometimento na expressão verbal como também na escrita, escreve muitas vezes de traz para frente, faz os números invertidos, fala com muitas pausas e interrupções, não conhece muitas palavras básicas usadas, fala devagar e por vezes nem sabe aquilo que está a dizer. As pessoas que o acompanha têm muitas dificuldades em perceber a linguagem da criança. Por ter 6 anos e estudar o 1º ano não se pode dizer que ele não sabe ler, conhece algumas letras mas não sabe utilizá-las. Relativamente as operações estão igualmente comprometidas.

No que toca ao sentido de orientação, apresenta dificuldades na orientação auto e alopsíquica (não tem noção do tempo, dos dias da semana; e refere-se a si mesma sempre na terceira pessoa, e tem dificuldades em se identificar). Em casa não faz muitos esforços para ajudar em nenhuma tarefa, particularmente as mínimas de organização de seus objetos e brincadeira. É muito dependente, só inicia qualquer tarefa quando for solicitado e ajudado porque não tem iniciativa própria.

A atenção é muito desviada, distrai-se facilmente e não concentra-se em uma tarefa, a concentração conseguida é durante segundos ou minuto.

Socialização

Encontra-se parcialmente comprometido, não sabe dirigir para uma pessoa e perguntar qualquer coisa, não lida bem com a presença dos outros, fica sempre com a postura desconfiada, e não fala fluentemente. O processo de socialização melhora quando a criança está em casa (com a mãe e o irmão gémeo).

Comportamento

Um comportamento quase que comprometido na sua totalidade, com comportamentos agressivos e impulsivos para outras pessoas. Estas manifestam de seguinte forma: desde ameaças à mordida, ao cuspir os outros, ao gritar-se e atira-se para o chão e ficar a esfregar, tipo birras. Por vezes, recorre a mentiras para conseguir as coisas, rasga as roupas e os livros que lhe pertence.

Comportamentos estereotipados evidenciados através de tiques e hábitos repetitivos, atitude de falar e arrotar muito próximo da cara dos outros. Fala alto e grita com os outros, pode ouvir uma palavra e agora não para de repeti-lo. Manifestação de hiperatividade, por vezes fala muito sem mesmo saber o que esta a dizer não consegue ficar parado por muito tempo, tem de estar sempre em movimento, arranca os botões das roupas,

Da análise da técnica observou-se comportamentos de auto através de mordidelas, bate muitas vezes com a cabeça ou outras partes do corpo contra objetos. É uma criança que anda sempre com as mãos na cabeça ou nos ouvidos. Como se pode ver pela avaliação da escala em aspetos, todas as 4 áreas encontram-se comprometidas, uns mais que outras, como é o caso da área da comunicação (linguagem) é a mais afetada.

3.3.9- Compreensibilidade do Caso³²

Analisando a história da gravidez, a mãe desenvolveu a rubéola ao longo da gravidez, este processo foi marcado por internamentos e uso de medicamentos durante muito tempo. Como se sabe a rubéola na gravidez é uma doença grave, que pode levar a mal formação do bebé, e consequências como a surdez, microcefalia e atraso mental. Pode-se inferir que esta doença poderá ser uma das principais causas dos sintomas que nos impulsiona para um quadro de deficiência intelectual. Esta foi ainda mais fundamentada com o resultado obtido do teste que avalia a capacidade intelectual (RAVEN), tendo obtido um resultado de deficiência mental leve.

³² Ver apêndice 9

A criança revelou ser pouco criativo, dependente, com fraco desempenho diário, e escolar, apresentando atraso em varias áreas do desenvolvimento, nomeadamente a linguagem, compreensão e execução, e fracas capacidade na aquisição da aprendizagem.

No contexto da sala de aula a criança não apresenta capacidades para cumprir com as tarefas incumbidas, pois foi evidenciado sintomas de falta de concentração e atenção, comportamento agressivo e impulsivo com os colegas, acompanhado de agitação motora e comportamentos estereotipados, não cumpre as regras da sala. Em termos de aquisição de aprendizagem, ainda não cumpriu com os objetivos comparativamente aos colegas, apresentando dificuldades tanto na compreensão dos conteúdos, como na execução dos mesmos. O seu comportamento muda quando se trata de contextos maiores (exemplo no recreio), demonstrando isolado, com uma postura passiva, não brinca com os colegas e tem ideia de que os colegas lhe vão machucar. Este cenário leva-nos a dizer que a criança tem muitos problemas de socialização. Em casa é mais descontraido, entretanto, revelou ser uma criança pouco autónoma, e muito dependente dos familiares, particularmente da mãe. Tais dificuldades foram afirmadas através dos resultados obtidos da escala do comportamento adaptativo.

Relativamente aos antecedentes familiares é pertinente mencionar o fato de que a mãe da criança apresenta sinais de problemas de linguagem e de comunicação, assim como o irmão gémeo, este também foi alvo de atendimento psicológico apresentando um quadro semelhante. Podemos dizer que os antecedentes familiares representaram um obstáculo para o processo de estimulação precoce no desenvolvimento da criança. A falta de estimulação precoce representa uma outra causa importante que contribui para o desenvolvimento da deficiência intelectual.

A afetividade é um componente muito importante e indispensável no desenvolvimento de uma criança e a falta dela, pode ser um dos fatores que contribuem para o diagnóstico, e é um aspeto que precisa melhorar, uma vez que a irmã mais nova recebe toda a atenção da mãe, este aspeto repercute no R1 quando este procura o afeto da mãe através da dependência emocional.

A dinâmica familiar precisa de mudanças, como se pode constatar no desenho da sua família, ele não desenha a figura paterna, com isso, pode-se fazer uma leitura que

nos induz a dizer que existe problemas de relacionamento entre ambos, e isso claro despoleta uma carência afectiva na criança.

3.3.10- Hipótese diagnóstica

Após ter concluído o processo da avaliação psicológica, pode-se dizer que o R1 apresenta sintomas psicopatológicos que nos impulsiona para um quadro de deficiência intelectual leve (DSM – IV [F71.9]).

3.3.11- Proposta de Intervenção³³

Após ter chegado a hipótese diagnostica, propõe-se que R1 seja submetida a uma intervenção baseada nas seguintes ³⁴Terapias:

Terapia comportamental

A terapia comportamental baseia-se, em grande parte, nos princípios das teorias da aprendizagem e tem como principal objetivo a análise e modificação dos comportamentos (Knopf,1984; Barraqueiro,2002) Procura ajudar a extinguir comportamentos não adaptados ou indesejados, substituindo-os por comportamentos adaptados. Enfatiza a importância dos comportamentos pois em detrimento dos comportamentos observáveis. Compromete-se com rigor científico ao estipular objetivos e metas claramente definidos (Barroqueiro,2002). Pode ser aplicada a pessoas portadoras de Deficiência de todas as faixas etárias.

Terapia cognitiva comportamental

Embora a abordagem anterior seja dominante com este tipo de população, a terapia cognitivo-comportamental pode ser também muito relevante, sobretudo em casos de défice cognitivo é ligeiro ou moderado. Esta integra os conceitos e técnicas das abordagens comportamentais com os das cognitivas, que valorizam a influência de fatores cognitivos na forma como a pessoa reage aos fatores do meio e na constituição

³³ Ver apêndice 10.

³⁴ pesquisado em: www.mediapedia.pt/home

de patologias; dão um grande ênfase aos pensamentos da pessoa, à visão que tem de si e do mundo procurando leva-la a identificar e alterar pensamentos disfuncionais. Portanto, esta abordagem centra-se quer na correção das distorções cognitivas, quer na modificação das condutas inadequadas (Bahls & Navolar, 2004).

Reabilitação cognitiva

A cognição diz respeito às capacidades que nos fazem pensar, perceber as coisas, alcançar, compreender e responder a informação, permitindo-nos funcionar no nosso ambiente, na vida diária. Entre estas capacidades encontramos a atenção, a memória, a capacidade de resolução de problemas, de organização de informação entre outros.

Considerando que nos quadros de atraso mental, o domínio cognitivo se encontra significativamente afetado, a reabilitação cognitiva assume especial relevância. Esta consiste num “conjunto de técnicas específicas utilizadas para melhorar o funcionamento de certas áreas cognitivas, tendo como objetivo fazer com que as pessoas vivam melhor o seu dia-a-dia” (Medalia e Revheim, 2007, p.21). Perante défices cognitivos pode-se intervir de formas diferentes usando técnicas, estratégias compensatórias ou adaptativas, sendo selecionadas através dos pontos fortes e fracos do sujeito.

Treino de competências sociais

A realização de programas ou atividades centradas na aprendizagem de competências sociais é algo desenvolvido por diversas áreas técnicas tendo a psicologia um papel importante, na estimulação de competências de interação social necessárias para estabelecer e manter relações (pedir ajuda e conselho aos outros quando necessário), resistir a frustração, responder adequadamente a críticas, expressar adequadamente os sentimentos e afetos, demonstrar desacordo em relação a opinião e atuações de outrem e gerir conflitos.

Ludoterapia

Dadas as dificuldades ao nível de comunicação e linguagem, pode ser importante o recurso a ludoterapia pois trata-se de uma técnica que diminui a necessidade de comunicação verbal. Através de atividades lúdicas (mais ou menos

estruturadas), a pessoa pode exprimir sentimentos, tensão, medos (forma de expressão), melhorar o controlo dos impulsos, desenvolver as competências de relação interpessoal e a capacidade tomar decisões.

3.3.12- Sessões de Intervenção Psicológica Realizadas

Após ter concluído a elaboração da proposta de intervenção, deu-se início as sessões de intervenção psicológica medida por um contrato terapêutico. Encontra-se abaixo indicado a descrição das sessões realizadas.

Primeira sessão

Devolução dos resultados e orientação aos pais - sessão que marca o feedback dos intervenientes e o início do processo de intervenção

Essa sessão foi realizada juntamente com a orientadora Patrícia Évora, para devolução dos resultados de avaliação aos pais, no caso a mãe de R1. Iniciou-se com um resumo sobre o que tinha sido o processo de avaliação e de seguida foi informada a hipótese diagnóstica de deficiência mental. Foi explicado em que consiste, as causas, os sinais e seguidamente enquadrar a hipótese diagnóstica no tipo de deficiência que R1 padece que é a ligeira e fazer uma comparação com as restantes (grave, moderada e severa), ou seja, recorreu-se a técnica da psicoeducação para que a mãe pudesse perceber a natureza do diagnóstico e suas formas de intervenção que ora se iniciava.

Foi espelhada com muitos exemplos explicando-se das áreas que possivelmente se encontram afetadas e que influenciam muito para dificuldades de aprendizagem e processo adaptativo da criança. Posto isto, após todo o processo foi dada oportunidade a mãe de R1 para possíveis dúvidas ou esclarecimentos, mas não manifestou quaisquer dúvidas, apenas realçou que já desconfiava que algo se passava com o filho, e que agora ficou informada sobre o problema e que fará de tudo para ajudar o seu filho. Nessa lógica foi deixada algumas recomendações para a família em geral poder contribuir na melhoria da criança, tais como:

- ✓ É necessário a estimulação da criança em casa;
- ✓ Atribuição de pequenas tarefas;

- ✓ Passear com as crianças, encontrar formas de mante-lo sempre em contato com outras pessoas, mas novas e mais velhas;
- ✓ Estarem atentos porque são crianças rapidamente influenciadas;
- ✓ Estar em contacto com a professora para manter sempre informado, e coordenarem os métodos de ensino para facilitar a criança;
- ✓ Dar muito afeto e carinho a criança;
- ✓ Reforça-lo positivamente sempre que tiverem um ganho no seu desempenho, desenvolvimento, ou ambos;
- ✓ Envolve-lo em atividades extracurriculares para desenvolvimento ou descoberta de novas aptidões;
- ✓ Manter sempre o dialogo com a crianças, questiona-lo sempre como forma de leva-lo a pensar, expressar desenvolvendo assim mais as suas capacidades cognitivas;

Segunda sessão

Devolução dos resultados a professora

Teve os mesmos procedimentos que a primeira direcionada à mãe. Foi feita a devolução de hipótese diagnóstica de atraso mental ligeiro da criança R1 e procedeu-se a psicoeducação (focalizado na definição, as possíveis causas e as consequências).

A professora deu a sua opinião mostrando ter algum conhecimento da área e que por já se desconfiar de um possível deficiência mental da criança já utilizava métodos diferentes na sala de aula. Ela falou das muitas estratégias que já tentou com a criança, e dos materiais que traz para as aulas. Foi entregue a professora uma lista de recomendações para ajudar no trabalho que ela já vem fazendo com R1, a citar:

- ✓ Identificação das áreas fortes e das áreas fracas para desenvolvimento do (PEI) - plano educativo individual, com apoio dos técnicos da Sala de Recursos;
- ✓ Valorização das áreas fortes como forma de promover o sucesso educativo e melhorar a sua autoconfiança;
- ✓ A intervenção da professora deverá atender as diferenças e necessidades individuais do aluno, o seu ritmo de aprendizagem;
- ✓ Adaptar os conteúdos das aulas para melhor compreensão do aluno;

- ✓ Criar atividades de forma que o aluno participe e tenha independência;
- ✓ Trabalhar em conjunto com a família (orientar os pais sobre os conteúdos das aulas para não adotarem estratégias diferentes).

Terceira sessão.

Foi realizada num ambiente ludoterapêutico, R1 estava presente numa sala com diversos cantinhos e jogos (tangões, puzzle, caixa pedagógica, cartões) onde ele brincou com todos mesmo sem cumprir os objetivos do jogo, mas tentou, e deu para observar como ele ia falando sozinho, baixinho e depois de muito tempo no jogo de tangões disse que não conseguia porque não estava compreendendo. Como isso teve-se de pegar num dos pontos fortes dele que é a música e no computador foi-lhe colocado vídeos infantis de músicas para ele imitar e dançar como os personagens.

Com essa atividade R1 soltou-se totalmente e até dançou e imitou o cantor Michael Jackson com o tema triller; foi bastante bom nesse dia a hora até excedeu e sugeriu que fosse dado esses materiais para praticar em casa.

Quarta sessão

Encaminhamento de R1 a sala de recursos para elaboração de um PEI³⁵, com finalidade de o ajudar no ensino aprendizagem como forma de melhor adaptação e desenvolvimento de competências. Com isso espera-se que R1 consiga superar as dificuldades e adaptar-se ao ensino consoante os resultados positivos que se esperam com esse encaminhamento.

Quinta sessão

Sessão de encaminhamento ao fonólogo³⁶ no PMI-PF³⁷ para que possa ser submetido a terapia da fala com objetivo de ajuda-lo a desenvolver a nível da fala melhorando a sua articulação, comunicação, e expressão linguística.

³⁵ PEI – plano de estudo individual (ver apêndice 11)

³⁶ Ver apêndice 12

³⁷ PMI-PF: programa materno infantil/ planeamento familiar

3.3.13 - Avaliação dos Resultados de Intervenção

Foi iniciada a intervenção psicológica, mas não foi possível chegar ao fim por causa do fator tempo, visto que, o período de estágio terminou. Mas pode-se referir que houve melhoria nos intervenientes do processo. Por um lado, a intervenção com a criança promoveu para que ela ficasse mais consciente e assim contribuir para o seu melhoramento, mantendo uma postura mais ativo e segura, refletindo melhorias nas suas esferas inter e intrapessoal. Por outro, a professora revelou estar mais esclarecida e informada, para que pudesse desenvolver sua planificação e estruturação dos conteúdos no próximo ano letivo de acordo com as necessidades da aluna. Os pais da criança ficaram informados sobre o problema do filho e com isso, melhor preparados para lidar e ajudar R1 no seu desenvolvimento nas diversas esferas da sua vida (desde o pessoal ao social).

3.3.14- Recomendações Do Caso

Devidas as necessidades que a criança apresenta, recomenda-se que a família dê seguimento ao processo de intervenção e acompanhamento psicológico com outro profissional. Ainda que, os procedimentos que foram tomados como os encaminhamentos à Sala de Recurso e ao Fonólogo sejam cumpridos, pois com o apoio familiar e ajuda desses profissionais, este caso poderá ter resultados muito satisfatórios. Aos pais pede-se que fiquem atentos, porque crianças com um certo nível de atraso mental são muitas vezes alvo de violação a vários níveis, particularmente, ao nível sexual, e alvo de comportamentos delinquentes. A criança deve ser supervisionada constantemente, pois apresenta sintomas de problemas comportamentais com um nível considerável que poderá constituir um risco para a criança no futuro.

3.4- APRESENTAÇÃO DO CASO 2

3.4.1- Fundamentação Teórica³⁸

A cleptomania faz parte dos Transtornos no Controle dos Impulsos, assim como a Piromania (comportamento incendiário), a Tricotilomania (puxar os próprios cabelos), o Transtorno Explosivo Intermitente (fracasso em resistir a impulsos agressivos), o Jogo Compulsivo (comportamento recorrente em relação a jogos de azar).

A cleptomania segundo o psiquiatra suíço Andre Matthey tem sido mencionada na medicina durante séculos. O nome “cleptomania” descreve pessoas que roubavam impulsivamente itens irrelevantes e desnecessários. Os médicos franceses Esquirol e Marc corroboraram o conceito de Matthey e alteraram sutilmente a palavra para *kleptomanie*.

Esquirol e Marc deram importância em relação à qualificação da atitude da pessoa com cleptomania, segundo eles, decorrente do impulso irresistível e involuntário para o furto, além de atribuir este tipo de furto à uma doença mental e não à falta de consciência moral. Somente a partir dos anos 50 é que a cleptomania foi reconhecida pela Associação de Psiquiatria Americana como uma espécie de doença mental e só nos últimos 15 anos os trabalhos científicos nesta área confirmaram-na realmente como um transtorno psiquiátrico.

A necessidade surge como um impulso que não se consegue controlar e normalmente os objetos que despertam desejo sobre os cleptomaníacos são aqueles de baixo valor, embora isso não seja uma regra invariável. Por causa da absoluta preferência por objetos sem grande valor devemos estar alerta para ladrões querendo passar-se por cleptomaníacos. Dinheiro, jóias e outros objetos de valor dificilmente são levados por cleptomaníacos.

Logo após o furto a pessoa cleptomaníaca sente prazer e tem um grande alívio da ansiedade que existia antes do ato, mas algum tempo depois sente vergonha e tristeza pelo que fez. Habitualmente ela esconde seu comportamento da família dificultando o diagnóstico e o tratamento e, quando decide por tratar-se tem grande dificuldade em

³⁸ Pesquisado em: www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=302

falar que furta, preferindo outros termos, tais como, pegar, adquirir, levar, conseguir e coisas assim.

Os impulsos para o furto são mais fortes do que a capacidade da pessoa em controlar-se, daí a inclusão da cleptomania nos Transtornos do Controle dos Impulsos. Acompanhando o forte impulso e a realização do roubo, vem um enorme prazer em ter furtado o objeto cobiçado. Após o furto o paciente reconhece o erro e a natureza de seu gesto, deprime-se por não conseguir controlar-se, por não ter evitado que isso acontecesse. Alguns pacientes pedem para ser acompanhados quando saem de casa e, com isso, sentem-se inibidos para furtar.

Aparentemente, a pessoa portadora de cleptomania é completamente normal em todas as outras áreas psíquicas. Não há nenhum traço que identifique algum descontrole emocional em outras atividades psíquicas como em algumas outras doenças mentais, ou seja, não é possível identificar o cleptomaniaco se ele não furtar objetos. Acredita-se que cleptomaniacos possam ainda apresentar sinais de depressão, ansiedade, anorexia e outros transtornos associados.

Pesquisas relatam que pessoas cleptomaniacas, tem no histórico de familiares próximos com transtornos por abuso do álcool.

Ainda que os indivíduos com cleptomania relatem uma incapacidade de resistir aos seus impulsos para furtar, a etiologia desse comportamento incontrolável não é clara. Tem sido levantada a hipótese de que a disfunção serotoninérgica no córtex pré-frontal ventromedial seja subjacente à capacidade ruim de tomar decisões observada entre indivíduos com cleptomania.

Perturbação de controlo de impulsos – Cleptomania segundo o DSM IV³⁹

É caracterizada pela incapacidade recorrente de resistir a impulsos para furtar objetos não necessários para uso pessoal, nem importantes pelo valor pecuniário.

³⁹ American Psychiatric Association, (2002) *Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*, Lisboa, CLIMEPSI-EDITORAS

Caraterísticas de diagnóstico

A característica essencial da cleptomania é a incapacidade recorrente para resistir a impulsos para furtar objetos, não necessários para uso pessoal ou desprovidos de valor material (critério A). O sujeito experimenta uma tensão subjetiva crescente antes do furto (critério B) e se sente prazer, gratificação ou alívio ao cometer o furto (critério C). O furto não é cometido com a intenção de expressar cólera ou vingança, nem em obediência a ideias delirantes alucinações (critério D); não é melhor explicado por uma perturbação do comportamento, episódios maníacos ou perturbação anti-social da personalidade (critério E). Os objetos são furtados apesar do pouco valor que possuem para o sujeito, que poderia compra-los e que frequentemente os dá ou deita fora. Ocasionalmente, os objetos são escondidos ou sub-repticiamente devolvidos. Apesar de os sujeitos com esta perturbação geralmente evitarem furtar objetos quando a probabilidade de serem imediatamente presos é grande (por exemplo na presença de polícia), habitualmente não planeiam estes atos, nem ponderam todas as possibilidades de serem apanhados. O furto é praticado sem a colaboração ou assistência de outras pessoas.

Características e perturbações associadas

Os sujeitos com cleptomania são ego distónicos e têm consciência de que o seu comportamento é errado e sem sentido. Frequentemente receiam ser presos e sentem-se deprimidos e culpados no que diz respeito aos roubos. A cleptomania pode estar associada com desejo compulsivo de fazer compras, bem como com perturbações do humor (especialmente depressiva major), perturbação da ansiedade, perturbações de comportamento alimentar (particularmente bulimia nervosa), perturbações da personalidade e outras perturbações do controlo de impulso. Esta perturbação pode ser causa de dificuldades legais, pessoais, familiares e profissionais.

Evolução

A idade de início da cleptomania é variável. A perturbação pode iniciar-se na infância, na adolescência na idade adulta e, em casos raros na velhice. Há pouca informação sobre a evolução da cleptomania, estando no entanto descrito 3 tipos de evolução: esporádico com episódios breves seguidos de longos períodos de remissão; episódico com prolongados períodos de furto alternando com períodos de remissão; e

crónico com pequenas flutuações. A perturbação pode-se manter durante anos, apesar de múltiplas condenações devido aos furtos em lojas.

Critério de diagnóstico para cleptomania

- a. Incapacidade recorrente para resistir a impulsos para furtar objectos que não são necessários para uso pessoal ou pelo seu valor material.
- b. Sensação crescente de tensão imediatamente antes de cometer o furto.
- c. Prazer, gratificação ou alívio após cometer o furto.
- d. O furto não é expressão de cólera ou vingança e não é consequência de ideias delirantes ou alucinações.
- e. O furto não é melhor explicado por uma perturbação de comportamento, episódios maníacos ou perturbações anti-social da personalidade.

4.3.2- Abordagens teóricas

✓ Teoria Psicanalítica⁴⁰

Na perspetiva psicanalítica, entende-se a Cleptomania como um comportamento compensatório de um vazio, deixado pela carência afetiva, instalada no inconsciente psíquico do indivíduo. Perante a angústia deste vazio, o indivíduo é tomado por uma intensa ansiedade que o faz “tomar” objetos do meio, concretizando assim sua busca. Desta forma é materializado o roubo, daquilo que não é seu, mas há vontade de que seja. Repreendido, o indivíduo é percebido, e acaba através da repressão, recebendo atenção e sendo percebido. Esse comportamento normalmente tem seu início na primeira infância. Frequentemente, essa psicopatologia é desenvolvida em crianças com pais bastante egocêntricos, voltados apenas para si e suas necessidades individuais, não enxergando seus filhos, suas necessidades e tão pouco, podendo trocar com eles afetos e dar-lhes a atenção e validação devida. Nesta fase tão importante para a criança de construção de caráter e identidade.

A criança desamparada afetivamente percebe-se só, internalizando seus medos, angústias, dúvidas, receios e experiências, que geram para si conflitos, não conseguindo compartilhar com os pais, que estão constantemente alheios às suas necessidades.

⁴⁰ Pesquisado em: <http://pamelamagalhaes.com.br/cleptomania/>

Diante desse funcionamento emocional desequilibrado e sobrecarregado, seu terreno psíquico, torna-se suscetível há somatizações psicogenias e desenvolvimento de doenças mentais, como a Cleptomania.

O comportamento “delinquente” do cleptomaniaco é a busca de atenção de maneira desesperada. Ao invés de conseguir o afeto e o diálogo, o resultado de suas atitudes são castigos, agressividade e repressão. Tudo isso, alimenta ainda mais sua rebeldia interna, tornando suas atitudes um ciclo vicioso infindável.

✓ Teoria Cognitivo-comportamental

A abordagem cognitivo comportamentais utilizadas no tratamento de transtornos de controlo do impulso incluem geralmente três componentes principais: habilidades de resolução de problemas para ajudar a gerar respostas variadas ao Stresse, técnicas de reestruturação cognitiva para corrigir os pensamentos irracionais associados ao comportamento impulsivo e a prevenção de recaídas para ajudar a identificar situações de alto risco e gerar planos alternativos. Os tratamentos são geralmente multimodais e variam quanto à inclusão majoritária de técnicas cognitivas ou comportamentais. Técnicas cognitivas comuns incluem a educação sobre o modelo cognitivo, a identificação de erros cognitivos e a reestruturação cognitiva; as técnicas comportamentais comuns incluem a realização de análise funcional, a diminuição do reforço positivo associado aos comportamentos impulsivos e o reforço positivo dos comportamentos não impulsivos.

✓ Teoria dos impulsos⁴¹

Freud imaginava a psique (ou aparelho psíquico) do ser humano como um sistema de energia: Cada pessoa é movida, segundo ele, por uma quantidade limitada de energia psíquica. Isso significa, por um lado, que se grande parte da energia for necessária para a realização de determinado objetivo (ex. expressão artística) ela não estará disponível para outros objetivos (ex. sexualidade); por outro lado, se a pessoa não puder dar vazão à sua energia por um canal (ex. sexualidade), terá de fazê-lo por outro (ex. expressão artística). Essa energia provém das pulsões (às vezes chamadas incorretamente de instintos). Segundo o autor, o ser humano possui duas pulsões inatas, a sexual e a de morte. Essas duas pulsões opõem-se ao ideal da sociedade e, por isso,

⁴¹ Pesquisado em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_psicanalitica

precisam ser controladas através da educação, de forma que a energia gerada pelas pulsões não podem ser liberadas de maneira direta. O ser humano é, assim, sexual e agressivo por natureza e a função da sociedade é amansar essas tendências naturais do homem. A situação de não poder dar vazão a essa energia gera no indivíduo um estado de tensão interna que necessita ser resolvido. Toda ação do homem é motivada, assim, pela busca hedonista de dar vazão à energia psíquica acumulada.

Relação entre a cleptomania e a delinquência

O comportamento “delinquente” do cleptomaniaco, é a busca de atenção de maneira desesperada. Ao invés de conseguir o afeto e o diálogo, o resultado de suas atitudes são castigos, agressividade e repressão. Tudo isso, alimenta ainda mais sua rebeldia interna, tornando suas atitudes um ciclo vicioso infundável. Uma criança cleptomaniaca poderá vir ou não a ser um delinquente, dependendo da ajuda que poderá receber ou não. Os pais têm um papel importante nisso porque se forem atentos e perceberem o problema poderão procurar ajuda, terão muito mais cuidado, estarão mais atentos e ativos na resolução e prevenção de surgimentos de outros problemas. Já se não for tomado as medidas, a correção educativa, tem probabilidade de ter problemas no futuro exatamente porque são pessoas bastante influenciáveis.

3.4.2- ESTUDO DE CASO 2

Identificação do paciente

Nome: M.S.L

Idade: 7 anos

Data nascimento: 09/12/2008

Sexo: Feminino

Classe: 2º ano do ensino primário

Morada: Bela Vista

Profissão do pai: trabalhador do dia-a-dia

Profissão da mãe: empregada domestica

3.4.3- Demanda e Motivo da Consulta

O Caso foi encaminhado pela escola com queixa por parte da professora de dificuldades de aprendizagem.

3.4.4- Historial Clínico⁴²

M.S.L criança de 7 anos de idade, do sexo feminino, nascida em Santo Antão, residente em São Vicente na zona de Pedreira, estuda o 2º ano na escola Semião Agostinho Lopes. Vive em casa da avó materna juntamente com os pais, dois irmãos e um tio. Proveniente de uma família com histórico de problemas e uma mãe ainda jovem já com três filhos, muitas vezes passam por muitas dificuldades para satisfação das necessidades primárias como a alimentação. O pai tem problemas com o álcool, apesar de morarem juntos quase que não existe relação entre pai e filha, o pai não dialoga com ela e se isso acontecer, é para lhe chamar de burra ou coisas do género. Não participa em nada da vida dos filhos, não é um pai presente, até mesmo em casa, ele não senta a mesa com a família, afasta para fazer as refeições sozinho.

M.S.L também tem uma relação muito problemática com a sua avó, esta não gosta muito da presença da criança em sua casa justificando que ela é muito traquinas e não respeita as regras. Muitas vezes ela sai da escola e nem vai para casa porque sabe que vai encontrar a avó, portanto acaba por ficar em casa de colegas até que a mãe regressa do trabalho. O pai não assume nenhuma responsabilidade familiar pelo que a mãe sai de casa cedo para trabalhar e chega a noite à casa, é doméstica e trabalha em diversas casas para conseguir dar conta do recado.

A mãe da criança relata que já não a leva para fazer compras porque apanha coisas as esconde debaixo da roupa.

M.S.L é uma criança bastante ativa, em todos os meios, bastante agitada, mexe em tudo a sua volta, mas com bastante dificuldade em contatar/relacionar com adultos, leva algum tempo para ganhar confiança e estabelecer o dialogo, mas isso não a impede de explorar o seu redor.

⁴² Ver genograma em apêndice 13

São muitas as queixas dos seus colegas que alegam que M.S.L apanha os seus materiais escolares, o dinheiro que levam para a escola para comprarem no recreio, até mesmo o professor diz estar preocupado porque apanha até o dinheiro que os colegas pagam os testes, inclusive o próprio dinheiro, acaba subtraindo da secretaria pelo mínimo descuido.

Na sala de atendimento psicológico os materiais desapareciam, dava por falta dos mesmos mas ninguém admitia o ato, até que um dia foi feita queixa por parte de um colega que também recebia atendimento, que era M.S.L quem andava a roubar os materiais.

Teve-se acesso no CIC-BV o processo familiar pois é uma das famílias beneficiadora da SOS, e ao analisa-lo, ficou-se a conhecer as verdadeiras dificuldades, a dinâmica a familiar.

A criança frequenta no período contrário explicação no CIC, e o professor da aluna também queixa dos “roubos” frequentes e de as vezes ter ele próprio de tirar os pertences que a mesma tem em sua pose a força pois a mesma não quer devolver ou então nega ter os mesmos.

3.4.5- Sessões de Avaliação Realizadas

Sessões com encarregado de educação

Primeira sessão

Essa sessão teve como objetivo, fazer as apresentações pessoais e do programa, informar os familiares sobre o processo, como iriam decorrer as sessões e os fins que se pretendiam para tal. O programa iria centrar em duas fases, uma primeira de avaliação enquanto a segunda seria de intervenção caso possível, pois seria consoante o andamento do processo.

Explicou-se a mãe da criança o objetivo que seria de a acompanhar durante seis meses o caso da filha e se estivesse de acordo, uma vez que a mesma foi encaminhada pela escola. Depois disto pediu-se a mãe que pronunciasse sobre o assunto, dando a sua

opinião e decisão. Ela não mostrou muita vontade em falar, apenas agradeceu a ajuda que estava sendo disponibilizada a criança realçando que seria muito importante o apoio psicológico. Posto isto, procedeu-se a assinatura do contrato terapêutico e ficou agendada a segunda sessão para a entrevista anamnese.

Segunda sessão

Após a mãe mostrar-se interessada em acompanhar a filha, ela não compareceu as sessões seguintes alegando não conseguir por motivos de trabalho, pelo que teve-se de iniciar o processo da avaliação com a criança e com os dados disponibilizados pela professora. Não se poderia contar com a presença do pai porque segundo informações da mãe ele não é um pai presente na vida dos filhos.

Sessões com a criança

Primeira sessão

Foi o primeiro contato com M.S.L no ambiente terapêutico. Ela mostrava-se muito desconfiada, com um ar de assustada, ao notar isto foi proposto fazer uma brincadeira para ver se ela se libertasse, mas mesmo assim ela não reagiu, posto isto introduziu-se uma conversa para começar a estabelecer as relações empáticas como forma de garantir o sucesso do processo, mas ela não colaborava, não falava e nem mesmo o contato visual era possível. Desta forma deu-se espaço a criança para que a mesma não se sentisse pressionada, após minutos de silêncio, foi levada a sala de aulas dando assim por encerrada a sessão.

Segunda sessão

A Criança chegou a consulta com a mesma aparência da sessão anterior, parecia tensa com um olhar de desconfiança. Ao sentar-se introduziu um diálogo em forma de brincadeira só para descontrair o ambiente terapêutico, mas não se ouvia a voz da criança. Varias tentativas falhadas e depois ela abriu a boca e disse o seu nome, com isso, foi aproveitada para fazer elogios ao nome dela como forma de fazê-la relaxar e livrar-se da tensão.

Tentou-se de varias formas estabelecer o diálogo mas a mesma optava pelo silêncio, sendo assim houve a necessidade de criar alternativas recorrendo assim a técnica do desenho. Solicitou-se a mesma a projetar no papel o desenho familiar, ela reagiu mas sempre em silêncio. Durante o tempo que ela desenhava, aproveitou-se para observa-la, mas ela mantinha a mesma postura, apenas encarada com os materiais que ela tinha a sua frente. Levou o tempo restante fazendo o desenho. O termino da tarefa demarcou o encerramento da sessão.

Terceira sessão

Nesta sessão o objetivo era fazer a observação na sala de aula da criança, parecia descontraída e nem deu importância pela presença de mais pessoas, neste caso a estagiária. Era uma aula de língua portuguesa mas M.S.L estava supostamente numa aula de desenho, não tinha copiada a matéria no quadro, nem os exercícios. Foi chamada atenção por parte do professor mas ela pouco ou nada se importou. Nos seus cadernos não se entraram nenhum conteúdo lecionado nas aulas. Os materiais são todos desorganizados, mistura as disciplinas nos cadernos (utiliza o caderno de matemática para língua portuguesa), ela faz o que lhe apetece, não fica quieta, mesmo enquanto os colegas estão a fazer uma leitura é chamada atenção várias vezes por parte do professor. Ela desafia todas as regras do professor e é uma criança pouco empenhada e mostra muito desinteresse.

Quarta sessão

Na quarta sessão procedeu-se o seguimento do processo de avaliação, já comparecendo menos tensa e mais descontraída a sessão, introduziu-se um pequeno diálogo perguntando o que já havia feito naquele dia na sala de aula, qual era a aula que estava antes de sair, para de seguida explica-la que nesse dia tinha uma tarefa para realizar. Iria ser aplicada o teste de inteligência não-verbal de WEIL. Primeiramente foi-lhe dada as instruções de aplicabilidade do teste usando uma linguagem acessível e simples, e após a certificação de que ela havia compreendido, iniciou-se a aplicação. Levou algum tempo para começar a responder, mas quando iniciou agiu de forma muito rápida, terminando por fazer o teste respondendo todas as questões de forma intuitivamente.

Sessão com a mãe⁴³ (no final da avaliação)

Chegou a mãe de M.S.L ao encontro, começou por pedir desculpas e justificar a sua situação, dela não comparecer as sessões, e que no momento tinha pedido licença no trabalho. A mãe foi sensibilizada que seria muito importante o seu engajamento em todo o processo, por um lado permitiria que recolhesse informações importantes da criança da família e por outro, seria uma forma de acompanhar todo o processo, mesmo sabendo que ela também seria alvo de intervenção.

Foi uma boa oportunidade para aplicar a entrevista de anamnese, respondeu sempre as questões, lembrou-se quase tudo do processo da gravidez, uma ou outra informação que deixou escapar, levou algum tempo porque falou muito no desenrolar do processo. Após isso, foi feita uma entrevista guiada para a confirmação de possíveis informações, mas num primeiro momento sentiu-se que ela omitia a verdade dos fatos e sendo assim foi necessário confronta-la diretamente tendo conseguido as informações verdadeiras.

3.4.6- Instrumentos Utilizados no Processo de Avaliação

✓ Anamnese psicológica

Bénony e Chahraoui (2002) a anamnese é um retorno ao passado e um momento chave no procedimento clínico. Considerado um meio de diagnóstico e prognóstico, tanto como uma forma de melhor compreender o funcionamento intrapsíquico inerente à história de vida do paciente e aos seus impasses atuais.

✓ Observação

A observação consiste na recolha de informação, de modo sistemático, através do contacto directo com situações específicas. Esta técnica existe desde que o homem sentiu necessidade de estudar o mundo social e natural (de Aristóteles a Comte, até aos nossos dias) e constitui uma técnica básica de pesquisa. A observação científica distingue-se das observações espontâneas pelo seu carácter intencional e sistemático

⁴³ **Nota:** Era necessário ter os dados e o histórico familiar da criança pelo que foi levada essa preocupação a coordenadora do centro comunitário enviar um técnico a casa da mesma para que ela pudesse comparecer nas sessões.

(Adler & Adler, 1994) e permite-nos obter uma visão mais completa da realidade de modo a articular a informação proveniente da comunicação intersubjetiva entre os sujeitos com a informação de carácter objetivo.

✓ **Entrevista**

A entrevista clínica quando visto com objetivos universais diz respeito à “relação terapêutica”. O entrevistador deve criar condições para que o entrevistado sinta-se confortável na situação, evitar situações constrangedoras e motivá-lo a continuar o processo terapêutico.

Ao fazer isso uma relação de confiança começa a ser construída entre terapeuta e cliente. Tal relação é essencial para que um tratamento de qualidade possa ser estabelecido e também para que se possa recolher a maior quantidade de dados possíveis para ajudar no processo terapêutico (Bénony & Chahraoui, 2002).

✓ **Teste de inteligência não-verbal de WEIL**

O teste de inteligência verbal (INV), chamado de teste de WEIL foi criado no Brasil no ano de 1951 por Pierre Weil, que tem como objetivo medir a inteligência geral (fator G). O teste é constituído por 60 itens, apresentados em quadrados e ordenados por um certo grau de dificuldade. Pode ser aplicada de forma individual ou sem tempo limite de realização, e pode ser aplicado a crianças, adolescentes e adultos (Osiel David Gàmèz Licca).

✓ **Técnica de projeção**

Consiste numa percepção interna que é substituída, reprimida e deformada ao nível do seu conteúdo e que chega à consciência como sendo uma percepção externa. É um mecanismo psíquico primário que funciona de acordo com o princípio do prazer e visa a identidade da percepção (Freud, 1911).

Desenho de família real

Essa técnica é aplicada ao sujeito com finalidade de analisar traços de personalidade através da projeção e as tendências recalcadas. Também pode revelar

sentimento que nutre pelos membros do sistema familiar, projetar subjetivamente a dinâmica e a relação entre esse mesmo sistema.

3.4.7 – Resultado e Análise dos Resultados

✓ Anamnese psicológica⁴⁴

Foi uma gravidez não planeada sendo que a mãe só foi ao médico depois dos 6 meses por desconhecer que estava grávida, mas relata que foi uma gravidez tranquila sem nenhum sobre salto, o parto também foi normal e muito descansado, como ela relata. Nasceu com a cor amarelada pelo que teve recomendações de dias depois expor a criança ao sol, no sentido de ganhar a pigmentação na pele. Alimenta-se bem, não escolhe os alimentos, só a problemas quando a mãe não tem nada para dar-lhe de comer.

Não tem nenhum tipo de problema em ir para a cama ou adormecer, ao dormir só acorda pela manhã, com que então relativamente, ao sono não apresenta quaisquer problemas.

No que toca a psicomotricidade, o seu primeiro sorriso foi aos dois meses, segurou a cabeça aos três meses, gatinhou aos nove meses, só que demorou muito para andar porque tinha problemas num dos joelhos, e isso só veio a acontecer quase aos dois anos.

Começou por falar as primeiras palavras de 12 meses, aos quatro anos já comunica bem, por vezes, tinha problemas em dizer algumas palavras mas que foram ultrapassadas. Aos 12 meses já faziam o controlo dos esfíncteres, isso porque foi estimulado desde cedo pela mãe.

Tem poucos amigos, e os que tem são da mesma idade, a relação é boa, na escola tem uma boa relação com os colegas, é muito tímida, muito dependente da mãe, em certos casos ciumenta, e tem medo de cão.

Aparentemente nem ela nem os familiares mais próximos sofrem de algum tipo de problema de saúde física, mas o pai tem problemas com o álcool e a avó padece de problema mental.

⁴⁴ Ver modelo em anexo 5

No que toca a escolaridade, ela está bastante atrasada para uma criança do 2º ano, não consegue realizar nenhuma tarefa das 3 disciplinas, não conhece nenhuma letra, não consegue formar uma palavra entre outros.

A preocupação atual da mãe perante a criança é derivado ao comportamento, o não ouvir com as pessoas quando a aconselham e também a aprendizagem, dizendo que ela não está adiantando em nada a nível dos estudos.

✓ **Observação**

Esta foi feita nos seguintes momentos:

Observação na sala de aula: é aquele tipo de criança que somente marca presença na sala, não presta atenção, não faz nenhuma tarefa, distrai os outros colegas, não preocupa em copiar as matérias no quadro, e prefere desenhar, a professora senta-a no fundo da sala com uma outra colega com os mesmos problemas e não lhe atribui nenhuma tarefa alegando que a mesma não sabe nada. A professora teve licença de maternidade e veio agora um professor que rapidamente inteirou-se dos problemas da criança e ajuda-a bastante mas diz que a criança tem muitos problemas em acompanhar as matérias.

Observação no recreio: nas horas de recreio sente-se que ela solta-se muito em relação ao que ela apresenta na sala de aula, brinca, grita, corre, sobe nas janelas, manifestando um comportamento diferente revelado na sala de aula. Por outro lado, o professor de explicação do Centro de intervenção comunitária disse ter vontade de ouvir a voz dela.

Observação no *setting* terapêutico: a atividade de dinâmica de grupo foi um momento importante para observar M.S.L e retirar informações importantes que já direcionavam para uma possível hipótese diagnóstica. Pela sala tinham objetos estratégicos para explorarem com criatividade, desde caixas com jogos, caixa com diversos materiais e quando ela conseguiu aproximar uma dessas caixas apanhou um lápis e uma borracha escondeu-os e pediu para abandonar a sala. Mas foram muitas informações recolhidas quando ela permanecia ali, uma simples mochila ou bolsa aberta é motivo para a sua atenção e quando ela ia sem conseguir algo voltava na hora do recreio, batia a porta, e entrava com expectativa de conseguir o objeto.

✓ **Entrevista⁴⁵**

A entrevista feita a mãe foi num primeiro momento quase sem produtividade porque ela não colaborava. Concentrava a sua conversa no rendimento escolar da filha que estava muito fraco e que possivelmente ia ficar retida e não entrava no assunto para responder as questões. A mãe disse que era essa a sua preocupação e que não tinha mais nada a falar da filha, que a filha não lhe dá problemas, a única coisa era quando começava problemas com a avó em casa. Mas devido as informações que já se tinham das outras fontes (técnicos do centro de intervenção comunitária de Bela Vista, colegas, professor, da observação) teve-se a necessidade de confrontar a mãe com perguntas diretas e quando ela viu que a situação já era sabida por outros e que não tinha como negar. Começou a falar do assunto e até deu exemplos de episódios desde não levar a criança as compras porque ela andava a esconder coisas debaixo da roupa, desde ir a loja e não entregar o troco, mexer no estojo da criança e encontra-la com seis borrachas, falar mentira e chegar em casa com dinheiro e dizer que foi o professor que a deu. Durante a entrevista deu para notar que ela escondia as informações porque ela não tinha a plena consciência do que estava a passar, o tamanho do problema da sua filha.

Após isso ela abriu completamente contando os outros problemas que se passavam em casa, principalmente com o seu marido, que é um forte consumidor do álcool, que não faz nada pela sua família e por isso ela ter de sair de casa cedo e chegar de noite para poder arcar com as despesas sozinho porque o dinheiro do marido é exclusivo para consumir bebidas alcoólicas. Ainda os conflitos da criança com a avó, que segundo a mãe, ela não gosta da sua neta e declarou que avó da criança sofre de problemas mentais em que ela tem períodos de descompensação.

✓ **Desenho da família real⁴⁶**

Durante o desenho utiliza traços fortes que indica agressividade, impulsividade e audácia. Uma repetição rítmica dos personagens que indica um ambiente repressivo com regras rígidas. De salientar que sua família mora na casa da avó e segundo relato da mãe a avó não gosta dela chama-lhe nomes inapropriados e que na sua ausência ela sente-se mais a vontade e no desenho ela faz essa desvalorização de personagens não

⁴⁵ Ver apêndice 14

⁴⁶ Ver anexo 12

desenha a sua avó como defesa, nega uma realidade que produz angústia, nega a sua existência, deseja a sua eliminação ou seja problemas relacionais.

Desenhou o pai e a mãe sozinhos e afastados dos restantes que dá indícios de dificuldades no relacionamento, um certo afastamento.

Negação de existência, ela não se reconhece como membro da família, como se não estava na família, não se sente incluída, não recebe afetos ou a um problema de rejeição. Baixa auto estima.

Desenhou a família em grupos que se distanciam uns dos outros que da hipótese de divisão na constelação familiar. Desenhou os membros todos com os braços abertos que dá a ideia de todos quererem controlar o ambiente familiar.

Há figuras desenhadas na margem da folha que pode refletir tendências depressivas, inseguranças, necessidade de apoio e dependência exagerada. O pai foi desenhado em primeiro lugar porque teme, ou seja, tem medo do pai. Adiciona outros personagens como exemplo os primos e as tias, que pode implicar conflitos, e tendem a refletir nas relações afetivas da criança com os pais.

✓ **Teste de inteligência não-verbal de WEIL⁴⁷**

Os resultados do teste do modo geral mostram que M.S.L tem um nível de inteligência normal, apesar de não ter feito o teste com concentração, num primeiro momento, ficou só observando, mas depois começou com rapidez a responder o teste de forma intuitiva e desinteressada.

É importante realçar que os testes utilizados para o estudo de caso não são aferidos pela população cabo-verdiana, pelo que os resultados podem ser de todo fidedignos.

3.4.8- Compreensibilidade do Caso⁴⁸

É importante frisar e assumir que o processo não ocorreu no plano mais assertivo, alegando razões por parte familiar que não compareceram no início para

⁴⁷ Ver anexo 13

⁴⁸ Ver apêndice sistematização do caso 15

fornecimento de informações que fossem crucial, mas nem por isso o caso foi deixado de lado, visto que, a criança dava sinais que necessitava mesmo de ser ajudada. Para complementar tais informações recorreu-se a análise de processos da família, no âmbito do programa CIC-BV. Uma outra fonte de informação foi o professor que ia informando os acontecimentos pontuais da criança como forma de ajudar e facilitar o processo.

Para que fosse possível chegar ao diagnóstico teve-se informações por parte da escola mais precisamente do professor que relatou episódios de roubos frequente citando exemplos como (apanhar o dinheiro que os alunos pagaram para fazer o teste, roubar os matérias dos alunos, leva-los para casa fazer modificações e depois dizer que o tinha comprado no caminho da escola, deixar os colegas sem comprar no recreio porque toma-os ou rouba-os o dinheiro entre outros).

Com a observação na sala de aula, dizer que ela tem uma distratividade concentrada, ou seja não esta prestando atenção na aula do professor mas tem um alvo fixo que prende a atenção dela, não resistir a esse impulso arranjar estratégias para chegar no alvo, exemplo (o professor fala com os alunos que ninguém pode levantar do lugar para ir a secretaria, mas ela não consegue o professor vai ao fundo da sala e quando volta para frente ela já esta aproximando da secretaria para ver se consegue subtrair algo).

Houve momento durante o processo que foram realizadas dinâmicas de grupo, e na sala de atendimento tem objetos estratégicos, com uma estante onde foram colocadas regras, e após uso de materiais a criança vai repô-los no lugar, mas M.S.L era sempre a primeira a pedir para sair porque já sabia das regras, os próprios colegas iam denunciá-la por ter roubado materiais pedagógicos, mas que nunca assumia ter os materiais.

Após a entrevista feita a mãe, as informações recolhidas nos levam a inferir que M.S.L, encontra-se inserida numa família com graves problemas, desde de foro psiquiátrico ao alcoolismo, com um ambiente carente de afetos, que conseqüentemente a afeta. Ela é uma criança que carece de afetividade (o pai faz o mesmo caminho que a filha para ir ao trabalho, que fica a menos de cinco minutos de distancia da escola, mas ele prefere sair de casa as sete horas só para a filha não ir com ele e deixar a mãe que tem mais duas crianças pequenas fazer tudo antes de entrar no trabalho), e que tenta de

alguma forma chamar a atenção dos outros e pode ser isso, a principal causa para o problema de impulsividade arrastando para um quadro de cleptomania infantil.

M.S.L exclui ela própria da sua família como se não fizesse parte, exatamente para vermos que o sistema familiar não funciona, ou se funciona, é deficiente e esta comprometida seriamente no que diz respeito aos laços familiares, e que isso a prejudica em todas as esferas da sua vida, deste a socialização, os seus relacionamentos com adultos, a aprendizagem entre outros.

A demanda de dificuldade de aprendizagem que foi apresentado como queixa principal do encaminhamento, não se confirmou como hipótese diagnóstica, entretanto, importa aqui realçar que existe uma forte relação entre a cleptomania e as dificuldades de aprendizagem, na medida em que a criança mostra sinais de cleptomania que a leva a desenvolver um quadro de déficit de atenção e concentração, dificultando assim o processo de aprendizagem.

Por vezes crianças ou adolescentes roubam por um ato de rebeldia, são as chamadas crianças problemáticas, mas não sofrem de qualquer distúrbio. Já as crianças com cleptomania sofrem de uma perturbação de impulso que não conseguem controlar e que os levam a cometer o roubo.

Diagnostico Diferencial

É importa apresentar aqui o diagnostico diferencial, pois em alguns momentos, alguns sintomas podem-se confundir com o quadro de perturbação do comportamento. Pois essa diferença reside no seguinte. O Transtorno da Personalidade Anti-Social e o Transtorno de Conduta distinguem-se da Cleptomania por um padrão geral de comportamento anti-social. A Cleptomania deve ser distinguida do furto intencional ou inadvertido que pode ocorrer durante um Episódio Maníaco, em resposta a delírios ou alucinações (por ex., na Esquizofrenia) ou como resultado de uma demência.

O critério de diagnóstico para perturbação de comportamento divide em 4 grupos, agressão a pessoas e animais, destruição de património, falsificação ou roubo e por último violação grave das regras, que no total são 15 critérios. O paciente em questão manifesta os sintomas que enquadra em 2 critérios. No critério 11 (por causa das mentiras), e no critério 12 (pelas pequenas falsificações/roubos), critérios revelam ser insuficientes para o diagnóstico de perturbação do comportamento.

A cleptomania não inclui um padrão persistente de formas de comportamento graves que implica a violação dos direitos básicos das outras pessoas.

3.4.9 – Hipótese Diagnostica

Após ter concluído o processo de avaliação psicológica e pelos sintomas manifestados pode-se dizer que o paciente padece de perturbação de controlo de impulso com sintomas psicopatológicos de cleptomania, (DSM-IV [F63.2]) perturbação de controlo de impulso não classificada noutro lugar).

3.4.10- Proposta de Intervenção⁴⁹

Após se ter concluído o processo de avaliação psicológica, propõe-se que M.S.L seja submetida a uma intervenção psicológica com base nas seguintes modalidades interventivas:

Terapia Comportamental e cognitiva

Segundo Isabel Leal a Terapia Cognitivo-Comportamental reinterpreta os elementos que geram emoção negativa. Tem como princípio básico à proposição de que não é uma situação que determina as emoções e comportamentos de um indivíduo, mas sim suas cognições ou interpretações a respeito dessa situação, as quais refletem formas idiossincráticas de processar informação. Com base nesse princípio e na hipótese de primazia das cognições proposta por Beck a Terapia Cognitiva busca a reestruturação cognitiva a partir de uma conceituação cognitiva do paciente e de seus problemas. O autoconhecimento e o controle emocional são necessários para administrar as reações frente aos estímulos. A terapia cognitiva-comportamental é reconhecidamente eficaz no treinamento deste mecanismo. O indivíduo, a partir da consciência de seu funcionamento, poder optar ter controlo da impulsividade através de técnicas cognitivas.

⁴⁹ Ver apêndice 16

Abordagem sistêmica – terapia familiar⁵⁰

A terapia familiar oferece uma melhoria nas interações no interior do sistema familiar e faz um processo de recodificação de mensagens, onde possibilita a maior compreensão nas suas comunicações. Também pode facilitar uma busca e descoberta de novos caminhos de relação sistêmica, incitar a todos para atuarem e descobrirem onde convém introduzir mudanças para favorecer uma evolução e um amadurecimento ao paciente identificado e em todo sistema.

Para Carneiro (1996) a terapia desenvolvida a partir deste enfoque enfatiza a mudança no sistema familiar, sobretudo pela reorganização da comunicação entre os membros da família. O passado é abandonado como questão central, pois o foco de atenção é o modo comunicacional no momento atual. A unidade terapêutica se desloca de duas pessoas para três ou mais à medida que a família é concebida como tendo uma organização e uma estrutura. É dada uma ênfase a analogias de uma parte do sistema com relação a outras partes, de modo que a comunicação analógica é mais enfatizada que a digital. (cit.por Miranda Alex)

3.4.11- Sessões de Intervenções Realizadas

Primeira sessão

Objetivos: Devolução da hipótese diagnóstica aos pais, (mãe) da criança e orientação.

Esta sessão foi realizada conjuntamente com a orientadora Patrícia Évora, foi feita a devolução dos resultados, começando por explicar como tinha ocorrido o processo, e de seguida introduzir a hipótese diagnóstica de perturbação de controlo de impulso com sinais de cleptomania, explicando a mãe em que consiste, as possíveis causas salientando que no que toca a sua filha, a forte carência afetiva no seio familiar é a causa principal que a faz cometer o ato de roubar como forma de saciar essa carência.

⁵⁰ Pesquisado em: <https://psicologado.com/abordagens/psicologia-sistemica>

Foi dada uma orientação a mãe de como lidar com a situação e como fazer as coisas funcionarem para poder ajudar a sua filha por não ser algo fácil de lidar, e mostrar-lhe que apostar numa intervenção precoce para amenizar os sintomas e contribuir para a melhoria do bem estar da filha.

Os sinais foram mais uma vez confirmados pela mãe, salientando exemplos e posteriormente foi orientada em como agir perante a impulsividade da filha. A mãe foi aconselhada no sentido de se investir mais na esfera familiar, pois necessita de muitas mudanças para estabilidade da criança e resolução de muitos dos seus conflitos internos.

Algumas das recomendações direcionadas a mãe da criança:

- ✓ De que a melhor maneira de prevenir o incremento dos sintomas na criança é dando-lhe todo o afecto, carinho, atenção que necessita. (E aqui o que vale é a qualidade do afecto, não a quantidade).
- ✓ Os pais devem ficar atentos aos atos da filha, fazer uma revista todos os dias nos materiais ao chegar das aulas. Quando aparecer com algum objeto que não lhe pertence (lápis, borracha ou brinquedo), oriente a criança a devolvê-lo, explicando sempre que não é correto pegar algo dos outros.
- ✓ Estabelecer sempre diálogos com a filha, não como forma de punição, mas sim como um reforço positivo, mostrando-a sempre que o ato traduz automaticamente num impacto negativo relativamente a sua vida pessoal, social, familiar e escolar.

Segunda sessão

Objetivos: Devolução dos resultados e orientação ao professor

Foi igualmente explicado como tinha ocorrido o processo de avaliação e de seguida a devolução de hipótese diagnóstica de perturbação de controlo de impulso com sinais de cleptomania, explicando em que consistia, as causas e consequências que podem levar uma criança a desencadear esses sinais, que no caso da sua aluna poderá ter influências familiares (forte carência afetiva por parte da família e antecedente de problema mental). Seguidamente foi dado espaço ao professor para dar a sua opinião, fazer algum reparo, questionar algo. O professor concordou com o processo, com os resultados e confirmou-os dando exemplos de várias situações ocorridas na sala.

Foi deixado algumas sugestões e recomendações ao professor sobre como lidar com o problema nas aulas, tais como:

- ✓ Normalmente no contexto escolar o ato acontece repetidamente, pelo que tem de haver comunicação entre pais/professor e maior envolvimento da criança em tarefas;
- ✓ Se possível tentar resolver o problema com a aluna e o(s) colega(s) sem deixar que os outros se apercebem;
- ✓ Não é que a criança passe a ser o centro das atenções mas é importante que o professor lhe dê atenção sempre que possível, para que a mesma se sente valorizada não diferente dos outros.

Terceira sessão

Objetivo: Clarificação das informações

A terceira sessão foi extremamente importante e solicitada pela técnica do centro de intervenção comunitária e pela orientadora uma vez que a mãe fez confusão sobre o diagnóstico e não soube dar o feedback quando a mesma foi questionada no centro. Então foi necessária fazer o esclarecimento das dúvidas e informa-la sobre a hipótese diagnóstica como se trata-se da devolução dos resultados, para isso recorreu-se a técnica da psicoeducação.

Segundo ela agora ficou mais esclarecida mas mesmo assim ela sugeriu que fosse escrito o nome da hipótese diagnóstica alegando um possível esquecimento.

Por se tratar de uma mãe pouco instruída, é um fato que pesa no normal funcionamento das sessões, atrapalhando o ritmo do processo interventivo pela, necessidade de repetições ou adiamento de sessões. Mas de realçar que o importante é não deixar dúvidas e extingui-las sempre que houver. Assume tantas responsabilidades sozinha que acaba por vezes sem saber como priorizar as situações e isso acarreta consigo consequências que são categorizadas de menos importantes segundo o ponto de vista da família da criança. Apercebeu-se que a própria mãe necessita de acompanhamento psicológico.

Quarta sessão

Objetivo: Reforçar a auto estima da criança

Foi sugestionado a introduzir esse ponto na intervenção devida as várias problemáticas que ela é sujeita, devido a sua fragilidade afetiva pelo que foi aplicada a técnica do espelho para a criança falar um pouco da pessoa projetada no espelho. Essa atividade a cativou muito, ficou contente e começou a falar, dizendo que estava a ver ela própria, que ela gosta do seu cabelo, mas que gostava de pentear e usar as “bolinhas” nas tranças, gostaria de ser mais bonita que a sua irmã, visto que, muitos dizem que a sua irmã é mais linda, que gosta sempre de se ver no espelho, que no seu rosto o que ela mais gosta são os lábios e o que ela menos gosta nela são dos pés. Enquanto características psicológicas ela não soube falar e explicar, mas levando em conta a idade é normal isso.

No final foi feito um remate de tudo que ela tinha dito e mostrar-lhe a importância gostar de nós próprios em primeiro lugar e que só aceitando nós próprios como somos é que os outros podem aceitar. Que não existe mais feia e mais bonita e sim que cada uma tem aquilo que veio de nascença e que cada pessoa é bonita do seu jeito. Ela estava toda animada para contar em casa atividade que foi feita na sessão.

Foi muito importante trabalhar a imagem da pessoa como forma de elevar a sua auto-estima e enriquecer o seu interno, proporcionando-a momentos alegres e satisfatórias como ela deixou transparecer.

Quinta sessão

Objetivo: Levar a criança a imaginar os riscos de um furto. (os perigos eminentes do ato).

Para essa sessão de intervenção o objetivo primordial foi a aplicação da técnica de sensibilização encoberta que consiste em fazer a pessoa imaginar que esta a roubar no momento e que foi apanhado a praticar o ato, para ver as consequências que poderá sofrer. Exemplo imaginar que foi a uma loja comprar um quilo de açúcar e chegando ali encontrou gente a sua frente e teve de esperar para ser atendida, e nesse tempo de espera apanhou um saco de “matutano” e escondeu debaixo da roupa mais foi vista pela colega de turma que moram na mesma zona. A partir daí, dizer as possíveis consequências que

poderia ficar sujeita, como dizer ao dono da loja, chamar a sua mãe para contar, dizer aos amigos de zona e da escola que ela está a roubar numa loja, sentir vergonhas das pessoas que estavam na loja inclusive a coleguinha. Após a elaboração dos ricos que possivelmente poderiam ocorrer com o exemplo citado, a deixou pensativa, como se as palavras tiveram um embate como uma “terapia de choque” no momento. Este exercício promoveu uma reflexão interna no sentido de a criança pensar um pouco na sua postura.

3.4.12- Avaliação dos Resultados de Intervenção

A intervenção não foi cumprida no total como prevista no plano de intervenção, pelo que não se pode fazer uma avaliação cabal da evolução dos intervenientes do caso, particularmente, a criança. Entretanto, evidenciou alguma reflexão por parte da paciente sobre o seu comportamento impulsivo. Em termos de resultados, podemos dizer a mãe e o professor ficaram mais conscientes da situação da Criança.

Entretanto estamos conscientes que para haver as mudanças desejadas teríamos que concretizar o plano de intervenção, que não foi concluído por causa do tempo de estágio que terminou.

3.4.13- Recomendações ao caso

As recomendações sugeridas ao caso vão de encontro com a necessidade da sua família, esta deve investir na relação familiar positiva e literacia emocional. Dada a natureza do caso, propõe-se que a família tenha o acompanhamento psicológico, através da psicoterapia sistémica.

A criança será encaminhada a outro profissional pelo que, apela-se a mãe para o seu acompanhamento e engajamento.

REFLEXÃO PESSOAL DO ESTÁGIO

O estágio foi um dos períodos mais importantes para concluir uma caminhada percorrida ao longo dos quatro anos de formação. Foi o momento da primeira prática académica, onde foi possível adquirir aprendizados e memórias para a vida.

Tive a oportunidade trabalhar diversos tipos de casos, uns mais desafiantes que outros, que me permitiram obter uma bagagem muito gratificante a nível de conhecimento da profissão, que me fez crescer enquanto futuro profissional de psicologia.

Tive a oportunidade de me engajar numa equipa multidisciplinar através de um trabalho concertado e de complementaridade

Cresci e desenvolvi muito, e vejo isso como um fato muito importante a nível pessoal e futuro profissional, pois assumo que dentro das minhas capacidades e recursos exerci com dignidade e muito respeito a minha função, e sobre tudo cumpri com os objetivos que previamente haviam sido preconizados.

CONCLUSÃO

Em modo de conclusão, primeiramente destacar que o estágio curricular serviu para dar início a aquele que futuramente será a minha profissão. Foi um dos primeiros momentos marcantes, de iniciação da prática, que só tem-se a louvar a instituição em que tive a oportunidade de fazer o mesmo.

Foram meses de sacrifício, de luta, de fazer e refazer os planos, de lutar contra o tempo para que no final pudesse conseguir o que havia sido planeado no início, e cumprir assim os objetivos do estágio, e agora chegando no final, poder sentir a emoção de missão cumprida por ter aprendido muito mais que era previsto dado a complexidade do local de estágio e a dinâmica do trabalho feito, poder participar em atividades marcantes, conhecer a realidade de muitas pessoas na nossa ilha, trabalhando diretamente com a comunidade foi uma vantagem académica.

Segue-se a finalização do estágio mas segura de que levo o aprendizado para a vida, e ciente de que o melhor foi feito e dado, com uma perspectivas promissoras pela frente em prol de contribuir para o bem-estar e a saúde mental do meu país.

Foi muito gratificante contribuir para o bem-estar e desenvolvimentos pessoal, familiar e social dos pacientes atendidos no âmbito das consultas psicológica e as pessoas envolvidos na dinâmica do meu estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association, (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*, Lisboa, CLIMEPSI-EDITORAS,

Albuquerque M.C. (2002). *A problemática da Deficiência Mental*-Mediapédia

Escoval Ana (1993), *Necessidades Educativas 2ª Edição*. Lisboa. Editora DINALIVROS.

Santos Maria do Carmo (2013). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes- Identificar, Avaliar e Intervir*. EDIÇÕES SILABO,LDA.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa, Edições – Fim de século.

Bénony H., Chahraoui, K. (2002). *A entrevista Clínica*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi.

Rabello, N. (2013). *O desenho infantil: entenda como a criança se comunica por meio de traços e cores*. Rio de Janeiro, Wak Editora.

Wechsler, S. e Nakano, T. (2012). *O desenho infantil: Forma de expressão cognitiva, criativa e emocional*. São Paulo: casa do psicólogo.

Circe S. Peterson e Wamer Ricardo.(2011) *Terapia cognitivo-comportamental para CRIANÇAS E ADOLESCENTES*. São Paulo-ARTEMED editora.

CEPA. (2000) *Teste de Matrizes Progressiva Escala Geral*,Rio de Janeiro. EDICEPA

Silva Alexandra (2005) *desvelando o sentido da deficiência mental Mental*; - ano II - n. 4 - Barbacena

WEBGRAFIA

www.mediapedia.pt/home/home.php?modulo-artigo-a-problematica-da-deficiencia-mental consultado no dia 10/7/2016 as 11h

[https://pt.wikipedia.org/wiki/violência doméstica](https://pt.wikipedia.org/wiki/violência_doméstica). Consultado dia 13/8/2016 as 13h:50 min

<http://revistapontocom.org.br/artigos/deficiencia-intelectual-o-conceito> - Consultado no dia 16/8/2016 as 16:00 h

pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n4/v3n4a09.pdf - Consultados 3/11/2016

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000200005 - Consultados 3/11/2016 as 15:00h

www.efdeportes.com/efd198/aprendizagem-com-deficiencia-intelectual

<http://pamelamagalhaes.com.br/cleptomania/> - Consultados 3/11/2016

<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO%2FLerNoticia&idNoticia=302> [artigo/](#)
[CLEPTOMANIA](#) - Consultado no dia 6 /10 / 2016 as 18h:34

www.pepsi.bvsalud.org/artigo-a-deficiencia-e-a-relacao-com-o-saber - Consultados no
dia (9/10/2016 as 11h)

<https://psicologado.com/abordagens/psicologia-sistemica/algumas-contribuicoes-sobre-a-abordagem-sistemica> - consultado no dia 13/10/2016 as 00:27

APÊNDICE

Apêndice 1 Entrevista a instituição	81
Apêndice 2 Plano de atendimento dos casos	87
Apêndice 3 Quadro dos casos encaminhados	88
Apêndice 4 Programa da palestra de auto estima	89
Apêndice 5 Programa de oficina de comportamento e emoções.....	90
Apêndice 6 Quadro dos temas apresentados pelos estagiários	92
Apêndice 7 Genograma familiar caso I.....	93
Apêndice 8 Modelo do contrato terapêutico	94
Apêndice 9 Sistematização do caso I	95
Apêndice 10 proposta de intervenção do caso I	98
Apêndice 11 ficha de encaminhamento- sala de recursos	100
Apêndice 12 Ficha de encaminhamento ao PMI-PF	101
Apêndice 13 Genograma familiar do caso II	102
Apêndice 14 Entrevista a mãe da criança	103
Apêndice 15 Sistematização do caso II	104
Apêndice 16 Proposto de intervenção caso II	108



A seguinte entrevista, realizada no âmbito do estágio curricular do 4º ano de licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Mindelo no Centro Social SOS do Mindelo, tem como objetivo traçar uma confiável caracterização da instituição onde se realiza o estágio. A presente entrevista está constituída por questões de respostas abertas.

Dona Graça Gomes

Início do trabalho: _____ Área de formação: _____

Cargo: _____ Tempo de serviço: _____

1. Desde quando a instituição está a funcionar? _____

2. Como a instituição é dividida e qual a função de cada órgão? _____

3. Qual a política da instituição? _____

4. Qual a missão e a visão da instituição? _____

5. Quais os valores da instituição. _____

6. Qual o significado do símbolo do centro? _____

7. Quais são os princípios da instituição? _____

8. Qual o plano de gerência da instituição? _____

9. Como é a constituição física da instituição? _____
10. Qual o número limite de crianças acolhidas? _____
11. Quem implementou o projeto de cabo verde? _____
12. Quais os meios de divulgação dos serviços da instituição? _____
13. Qual a interação entre os projetos da ilha de Santiago e o centro da ribeira de Julião? _____
14. Quais são os maiores desafios em gerir uma ONG nas contingências atuais? _____
15. Como caracteriza o clima organizacional do Centro Social SOS? _____
16. Como caracteriza a relação interpessoal? _____
17. O trabalho é feito em equipa? Como? _____
18. Qual é a articulação entre os CIC's e o Centro Social SOS? _____

Patrícia Évora

Início do trabalho: _____ Área de formação: _____

Cargo: _____ Tempo de serviço: _____

1. Quais são as características das crianças acolhidas na residência? _____
2. Quanto tempo uma criança permanece na instituição e qual o plano pré-estabelecido para as crianças acolhidas? _____

3. Quais os problemas enfrentados para manter as crianças no centro? _____

4. Qual o maior problema encontrado nas crianças? _____

5. Qual o apoio que as famílias das crianças recebem? _____

6. Os pais das crianças contribuem com algum tipo de apoio à instituição? _____

7. Nota-se evoluções nas crianças durante o tempo de permanência na instituição? _____

8. Depois de uma criança em fuga regressar à instituição, quais as medidas que se toma? _____

9. Qual é o trabalho efetuado com as famílias? _____

10. Que serviços são disponibilizados ao vosso público-alvo? _____

11. Quais são os desafios no trabalho encontrado? _____

12. Quais são os problemas psicológicos mais frequentes encontrados no público-alvo? _____

13. Na sua opinião, como é a relação interpessoal? _____

14. Quais são os maiores desafios encontrados na sua área? _____

Nuno Monteiro

Início do trabalho: _____ Área de formação: _____

Cargo: _____ Tempo de serviço: _____

1. Qual é sua função na organização? _____

2. Que tipo de apadrinhamento existe? Como se processa? _____

3. Quantos padrinhos existem no momento? _____

4. Que tipo de parceiros existe? _____

5. Que tipos de apoio os parceiros disponibilizam? _____

6. Para além dos padrinhos, que tipo de doações pontuais vocês recebem? _____

7. Que actividades são desenvolvidas para angariação de fundos? _____

8. Quais são os maiores desafios encontrados na sua área? _____

9. Na sua opinião, como é a relação interpessoal? _____

10. Como o departamento que gere suporta o programa FS? _____

Luisete do Rosário

Início do trabalho: _____ Área de formação: _____

Cargo: _____ Tempo de serviço: _____

1. Qual é a sua função na organização? _____

2. Qual a fonte de sustento da instituição? _____

3. Quais são os maiores desafios em gerir esta ONG em termos financeiros? _____

4. Que tipo de auditoria vocês são sujeitos? _____
5. Como se processa essa auditoria? _____
6. Como a área financeira é articulada com a área social? _____
7. Na sua opinião, como é a relação interpessoal? _____
8. Quais são os maiores desafios encontrados na sua área. _____

Vânia Lopes/ Célia Dias e Romilda Tavares

Início do trabalho: _____ Área de formação: _____

Cargo: _____ Tempo de serviço: _____

1. É do nosso conhecimento que o centro intervém no âmbito comunitário em três zonas diferentes. Quais foram os critérios para selecionar as zonas? _____
2. Qual é o trabalho feito nestas comunidades? _____
3. O que é o programa FS? _____
4. Quantas famílias e crianças beneficiam do vosso programa? _____
5. Qual o tempo de duração em cada zona? _____
6. Quais os problemas encontrados na comunidade? _____
7. Quais são os serviços prestados ao vosso público-alvo? _____

8. Quais os tipos de atividades ou projetos que têm sido desenvolvidos na comunidade?

9. E de onde vem essa necessidade de desenvolver esses projetos? _____

10. Quais são os obstáculos encontrados? _____

11. O CIC esta implementado nesta comunidade há quanto tempo? Qual é a previsão da vossa retirada? _____

12. Já foram selecionadas as próximas comunidades que vão implementadas o CIC?

13. Como é feito o trabalho de parceria? _____

14. Quem são os vossos parceiros? E quantos são? _____

15. O que é o Comité infantojuvenil e com funciona? _____

APÊNDICE 2-PLANO DE ATENDIMENTO SEMANAL

ALDEIAS INFANTIS SOS

Programa
Colaborador
Função
Período Coberto

Plano de Trabalho Semanal

Hora	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
7h	Atendimento individual	Atendimento e atendimento de casos	Atendimento individual	Atendimento individual	Atendimento e atendimento de casos
8h					
9h					

Amândia Nunes
Ex. Psicologia
De Novembro a Junho

Um lar de amor para cada criança

3/1

Apêndice 3- quadro dos casos encaminhados

Nome	Idade	Sexo	Demanda	Processo realizado	Hipótese diagnóstica
R.R	12	Masculino	⁵¹ Dif de aprendizagem	Avaliação e intervenção	Problemas de comportamento
R1	6	Masculino	Dif de aprendizagem	Avaliação e intervenção	Atraso mental leve
R2	6	Masculino	Dif de aprendizagem	Avaliação e intervenção	Atraso mental leve
R.T	7	Masculino	Não falar na sala de aula	Avaliação	Mutismo selectivo
M.S.L	7	Feminino	Dif de aprendizagem	Avaliação e intervenção	Perturbação de controlo de impulsos-cleptomania
D.D	6	Masculino	Dif de aprendizagem	Avaliação	Preguiça mental (orientação nos estudos)
D.L	11	Masculino	Timidez	Avaliação e intervenção	Problemas emocionais
J.P	8	Feminino	Problemas de comportamento	Avaliação	Problemas emocionais (morte da mãe)
A.S	NÃO ADERIU				
S.C	NÃO ADERIU				
S.S	NÃO ADERIU				

⁵¹ DIF- Dificuldades

Apêndice 4- plano de palestra de motivação e autoestima

Motivação e Autoestima

Publico alvo: Beneficiários do centro social sós.

Duração: 1:30 min

Responsáveis: estagiarias de psicologia no centro SOS (Amândia Lima, Gilmara Lima, Ilaina Brito, Alexandra Évora)

Supervisão: Psicóloga e orientadora Patrícia Évora

Objetivo Geral:

- ✓ Informar sobre a motivação e autoestima nos formandos de culinária do centro sós.

Objetivos Específicos:

- ✓ Mostrar a importância de estabelecer expectativas realistas.
- ✓ Importância de aceitar a nossa pessoa como somos (imperfeições, defeitos).
- ✓ Importância de redefinir a nossa autoestima

Metodologia:

Dinâmicas: quebra gelo, dinâmica do espelho

Palestra motivação e autoestima - apresentação em Power point.

Resultados Esperados:

Depois da nossa atividade esperamos essas pessoas mais motivados para iniciarem e darem continuidade ao seu projeto de vida.

Pessoas com uma melhor autoestima.

Apêndice 5 – programa de oficinas de comportamento e emoções

Título: oficina de comportamento e emoções

Público alvo: crianças e adolescentes da comunidade de Bela Vista

Duração: 2 turnos de 1:30 cada

Objetivo geral: intervir tendo em conta o melhoramento, e ou mudança do comportamento e emoções dos mesmos

Responsável: Estagiária Amândia Neves Lima

Recursos materiais: 1 computador, 21 cadernos, lápis de cor, lápis carvão, 1 projetor, mesas, cadeiras, papéis cartolina, cola, tesouras,

Recursos humanos: técnicos do centro comunitário de Bela Vista

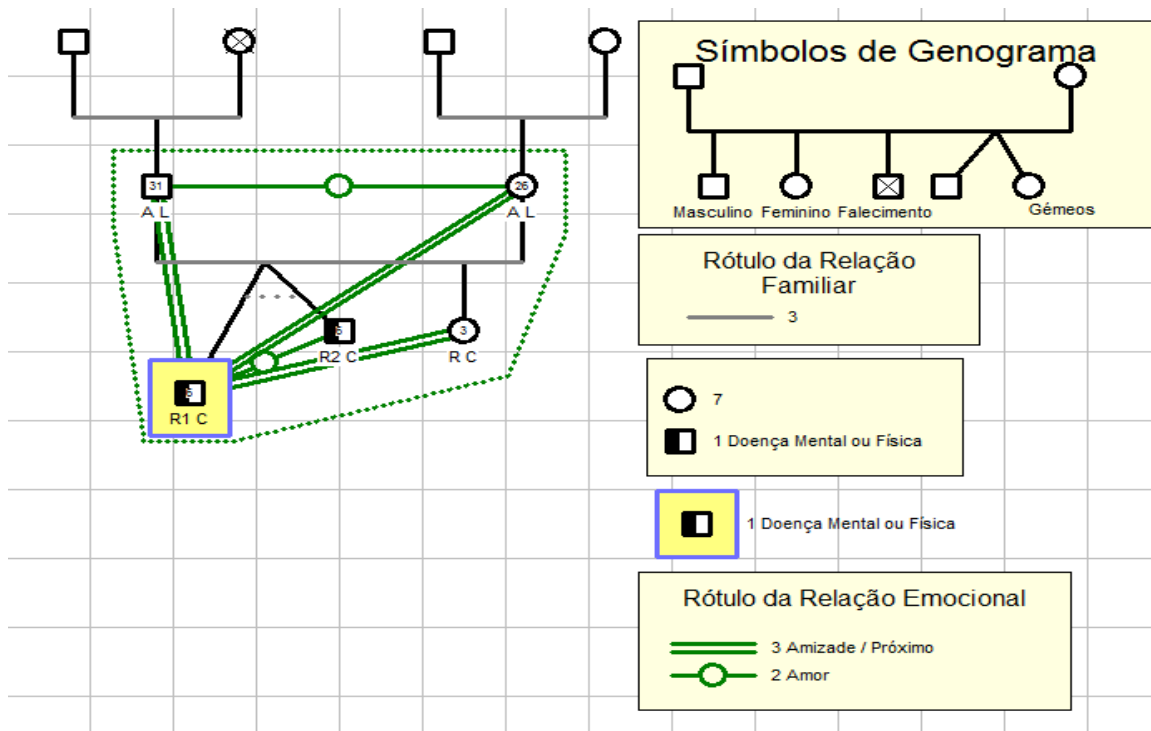
Dias	Atividades	Objetivo
1	1º Acolhimento dos participantes 2º Assinatura de presença 3º Apresentação da estagiária 4º objetivos da oficina 5º Elaboração do código de conduta 6º Apresentação dos participantes com a dinâmica da identidade 7º Personalização dos cadernos de atividades	Interação entre os participantes para que as atividades possam decorrer de melhor forma e que a convivência seja boa
2	1º Tema (autoconhecimento) 2º Dinâmica do quem sou eu 3º Avaliação da sessão	Levar cada um a falar da sua própria pessoa, salientar os pontos fortes e os fracos que modo a saber ver as diferenças do outros, aceitar as suas e lidar com as dos outros;
3	Comportamentos de risco: Tema: Bullying separada em duas partes a teórica e a prática através de um debate e interpretação de imagens por parte dos participantes	Tema sugerido pelos participantes alegando quererem mais conhecimento, Também de tentar travar uma grande rivalidade observada entre as meninas da turma que apelidavam umas as outras.
4	Os riscos da rede social- aula teórica e prática	Surgiu como forma de prevenção derivado de um grupo de adolescentes da oficina que reuniram e gravaram um vídeo (senas íntimas) para ser postado no facebook

5	1º Auto-estima e motivação- teoria 2º Dinâmica do espelho – pratica	Leva-los a conhecer o papel da autoestima nas suas vidas.
6	1º Debate sobre a educação sexual 2º Através de 2 bonecos (masculino e feminino) desenhados em papel cartolina identificar as zonas do corpo de podem e não podem ser tocados.	Alerta e prevenção com a violação de menores, instrui-los e informa-los de modo a por exemplo sabem distinguir um toque com ou sem intenção de abuso;
7	1º A Agressividade – exposição de informação 2º Visualização e interpretação de imagens (debate)	Chamar a atenção dos participantes uma vez que se notou uma forte incidência de agressão principalmente verbal
8	Assertividade foi feita em forma de palestra todos participando com exemplos pessoais para de seguida orienta-los e mostrar-lhes a importância de uma pessoa ser assertivo	Introduzir o tema de forma objetiva e passar a mensagem da importância da mesma na construção da personalidade de cada participante


Apêndice 6 - quadro de temas apresentados no estágio

Temas	Responsáveis	Frequência
Violência baseada no gênero	Amândia Neves Lima	Mensalmente
Psicopatologias na primeira infância	Gilmara Lima	Mensalmente
Impactos psicológicos da prostituição infantil na criança e na família	Ilaina Brito	Mensalmente
Impactos psicossociais em crianças em situação de rua	Alexandra Évora	Mensalmente
O papel dos pais na educação	Vera	Mensalmente
Dificuldades de aprendizagem	Suleila Lima	Mensalmente
Discussão de casos em seguimento	Todas as estagiárias	Semanalmente

Apêndice 7-Genograma familiar do caso I



Apêndice 8 – Modelo do contrato terapêutico I e II

 **ALDEIAS
INFANTIS SOS
CABO VERDE**

CENTRO SOCIAL SOS DE SÃO VICENTE

Contrato Terapêutico (Nº ____)

Atendimento Psicológico

No âmbito da demanda solicitada pela CIC Bela Vista, e da escola Semião Agostinho Lopes, enquanto parceira da CIC, declarou que _____ tem a necessidade de atendimento psicológico. Neste sentido deu-se início ao processo de avaliação da demanda.

Dos resultados da avaliação Psicológica, elaborou-se o presente contrato terapêutico que tem como finalidade honrar um compromisso mútuo entre a psicóloga estagiária, Amândia Lima e o paciente (_____), com o objectivo de prestar apoio psicológico. Os atendimentos terão a duração de 40-50 minutos cada, uma vez por semana.

Ambos se comprometem durante as sessões, cumprir de mútuo acordo e de livre espontânea vontade os seguintes termos de responsabilidade:

Pacientes: _____

1. Não faltar as sessões, estas serão semanais e quinzenais;
2. Comparecer na hora marcada;
3. Caso tiver que faltar, avisar com 24 horas de antecedência;
4. Desligar o telemóvel durante as sessões;
5. Colaborar nas tarefas propostas;
6. Cumprir o presente contrato.

Psicóloga Estagiária: Amândia Lima

1. Realizar as sessões marcadas;
2. Cumprir os princípios éticos da confidencialidade do caso;
3. Caso tiver que faltar, avisar com 24 horas de antecedência;
4. Cumprir o presente contrato;
5. Apresentar feedback aos pacientes no final do processo terapêutico.

Toda a informação recolhida das sessões será rigorosamente confidencial e usada apenas para fins académicos com o consentimento das partes interessadas.

Mindejo, ____/____/____

Assinaturas

Paciente	Psicóloga Estagiária
_____	_____ /Amândia Lima/

Apêndice 9- sistematização do relatório de avaliação do caso I

Autor: Estagiária de Psicologia Amândia Lima, sob orientação da Psicóloga Patrícia Évora

Proveniência: Escola

Referente: R1

Idade: 6 **Sexo:** Masculino

Profissão: Estudante do 1º ano

Residência: B.V, Mindelo

Nome da mãe: AC

Profissão: Doméstica

Nome do pai: AL

Profissão: Musico

Objetivo: tendo em conta o pedido, foi efetuada o processo de avaliação psicológica com finalidade de entender melhor o caso e efetuar uma proposta de intervenção.

Aspetos clínicos: a criança mora com a mãe, o pai, um irmão gémeo e uma irmã mais nova. A convivência familiar como é relatada pela mãe é boa, apesar dele ser mais próximo do irmão do que com os restantes, não existe nenhum histórico de conflito, ou antecedentes de familiares próximos com deficiência mental ou dependente de vícios. A mãe foi quem sempre facultou as informações e segundo os relatos, na gravidez ainda no início contraiu a rubéola e teve de ser medicada ao longo da gravidez. A demanda partiu por parte da professora que já havia notado que algo estava errado e que provavelmente teria qualquer problema na esfera cognitiva, mas a professora centrou a demanda nas dificuldades de aprendizagem.

R1 apresentava nas consultas sempre bem vestido e higienizado, o problema centrava mais nas dificuldades de comunicação (problemas de fala), e de compreensão.

Metodologia: de acordo com o quadro clínico apresentado aplicou-se as seguintes testes: desenho da família, desenho livre, entrevista anamnese, teste de inteligência Raven infantil, escala de comportamento adaptativo de Vineland, e a observação.

Relativamente ao desenho da família foi possível ver que o sistema familiar funciona de forma normal ou seja as relações são boas apesar de não ter desenhado o pai, fez omissão da figura (negação), mas ao questiona-lo ele diz que ele gosta sim do pai e segundo a mãe ele é mais próximo do pai do que dela. Também evidencia o problema de comunicação e dificuldades no contato.

No que toca ao desenho livre pode-se dizer que no momento do desenho poderá ter tido influências da aula, mas mesmo assim mostrou-se pouca criatividade, não deixou transparecer nada dele próprio seja pessoal ou emocional.

Com aplicação da entrevista anamnese obteve-se a informação da gravidez em que ocorreu um problema, a mãe contraiu a rubéola e teve de ser medicada até o final da gravidez, mas que tirando isso não relatou mais nada de anormal, realçando que não teve muitas preocupações e sempre a criança teve de boa saúde, que a sua infância foi normal a qualquer outra criança, mas que aos três anos foi ao jardim e com o tempo passando viram que ele e juntamente com o irmão gêmeo, não tinham o mesmo nível de desenvolvimento comparando com as restantes colegas e foi solicitado o encaminhamento ao psicólogo e já foi acompanhado por três psicólogos anteriormente. Ao ser aplicado o teste de inteligência de Raven infantil, respondeu o total das questões, tendo acertado em 12 respostas. Analisando os resultados, conclui-se que a criança tem um quociente de inteligência abaixo da média, podendo assim dizer que apresenta uma deficiência intelectual leve.

Dos resultados da escala de comportamento adaptativo de vineland analisando as quatro áreas foi possível concluir que R1 esta comprometido em todas as áreas. No que se refere a observação foi possível ver que R1 não obedece as regras imposta, as vezes a professora deixa os outros alunos para dar atenção só para ele, e com muitas insistências da professora ele pode copiar alguma coisa no quadro. Não faz nenhuma tarefa, o seu desempenho pode-se dizer que é quase nula com participação apenas na expressão musical. Já no recreio também nota-se como ele fica desorientado no meio dos colegas, não brinca e fica sempre desconfiado que os outros aproximam para o fazer mal, mesmo que eles brincam ele, ele não aceita.

Com o teste projectivo de contos e histórias infantis, foi posto em prova para avaliação da espontaneidade, criatividade, cognição e a fluência verbal, através das imagens do conto “o gato das botas”, a história foi escolhido propositadamente por gostar de gatos e ter um em casa, mas mesma assim ele não conseguiu usar as imagens para criar uma história mostrando a sua pobre criatividade, pobre desempenho.

Hipótese diagnóstica:

Finalizado o processo de avaliação psicológica pode-se dizer que o paciente padece de sintomas psicopatológicos de **Deficiência Intelectual Leve (DSM-V - 317 [F71.9])**.

Proposta de intervenção:

Propõe-se que a criança seja submetida a uma intervenção baseando nas teorias, comportamental, comportamental cognitiva, reabilitação cognitiva, treino de competências sociais e a ludoterapia.


Apêndice 10 – proposta de intervenção do caso I

Sessões		Técnicas	Objetivos	Resultados esperados
1 ^a	Devolução da HD aos pais Orientação aos pais	Informação Psicoeducação Aconselhamento	Explicar aos pais a HD dos filhos explicando-os o que é o problema, áreas afetadas, as causas, os riscos da mesma Capacitar os pais como forma de adotar melhores estratégias de lidar com a criança, e desenvolvimento de atividades para o ganho do mesmo	Pais informados e minimamente preparados para ajudar o filho Pais mais ativos, colaborativos, e melhores preparados para o desenvolvimento da criança
2 ^a	Devolução da HD a professora Orientação a professora	Informação Psicoeducação Aconselhamento	Informar sobre o problema do aluno, orientar para uma prática de ensino diferente dos outros derivados do problema, identificar os pontos fracos e fortes para que a professora saiba como direcionar o processo ensino-aprendizagem Dar uma orientação a professora para poder saber como trabalhar os conteúdos com a criança na sala de aula	Melhorias no campo educacional, desenvolvimento de certas áreas, capacitação mínima do aluno; Resultados satisfatórios no final do ano letivo Que a professora esteja minimamente preparada para poder contribuir no desenvolvimento da criança
3 ^a	Desenvolvimento das competências de relação interpessoal	Ludoterapia	Fazer atividades lúdicas para expressão dos seus sentimentos, tensões e medos (forma de expressão)	Para que a criança possa melhorar o controle dos impulsos e tomar decisões sozinho
4 ^a	Melhorar o funcionamento das áreas cognitivas	Reabilitação cognitiva	Levar a criança a pensar, perceber as coisas, compreender, organizar informações	R1 capaz de responder as necessidades, na vida diária
5 ^a	Trabalhar os comportamentos da criança	Terapia comportamental	Modificar os comportamentos desajustados	Aprendizagem, que a criança possa substituir os comportamentos não desejáveis por comportamentos adaptados (comportamentos novos em função do passado)
6 ^a		Treino de competências sociais	Trabalhar a áreas de socialização	Estimulação de competências necessárias para estabelecer relações, gerir conflitos, expressar adequadamente os sentimentos e afetos, dar opiniões

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

7 ^a	Encaminhamento ao fonólogo		Submeter a um tratamento por evidenciar fortes problemas a nível de linguagem que o afeta diretamente na sua comunicação	Ajudar a criança na melhoria da sua comunicação e expressão
8 ^a	Encaminhamento a sala dos recursos		Elaborar de um plano educativo individual (PEI)	Para apoio a integração escolar

Apêndice 11- ficha de encaminhamento a sala de recursos

 **ALDEIAS
INFANTIS SOS
CABO VERDE**

CENTRO SOCIAL SOS – SÃO VICENTE

Ribeira do Julião
Mindelo Cabo Verde
Caixa Postal Nº 1212
Te.. +238319959

DECLARAÇÃO

À Sala de Recursos

Para os devidos efeitos informamos que a criança abaixo indicada é beneficiária do Centro Social SOS de São Vicente.

Dados de Identificação

Nome: R

Idade: 6 anos Data de Nascimento: 04/05/2009

Filiação: _____

ID da Família: _____

Comunidade: B. Vista

Sintomas Manifestados: deficiências de aprendizagem
devido ao problema de stress mental

Solicitação: necessita de elaboração do PET

Saudações e muito obrigada pela vossa valiosa colaboração.


Mindelo, 28 de Junho de 2016


A Responsável: _____
CENTRO SOCIAL SOS
SÃO VICENTE



UM LAR DE AMOR PARA CADA CRIANÇA

Apêndice 12- ficha de encaminhamento ao PMI-PF

 **ALDEIAS
INFANTIS SOS
CABO VERDE**

CENTRO SOCIAL SOS – SÃO VICENTE

Ribeira do Julião
Mindelo Cabo Verde
Caixa Postal Nº 1212
Tel. +238319959

DECLARAÇÃO

Ao PMI-PF

Para os devidos efeitos informamos que a criança abaixo indicada é beneficiária do Centro Social SOS de São Vicente.

Dados de identificação

Nome: [Redacted]

Idade: 6 anos Data de Nascimento: 04/05/2009

Filiação: [Redacted]

ID da Família: [Redacted]

Comunidade: Bela Vista


Sintomas Manifestados: dificuldades na fala (articulação de palavras e sons)


Solicitação: uma consulta de fonoaudiologia

Saudações e muito obrigada pela vossa valiosa colaboração.

Mindelo, 28 de Julho de 2016

A Responsável


Patrícia Lora
CENTRO SOCIAL SOS
SÃO VICENTE



UM LAR DE AMOR PARA CADA CRIANÇA

Apêndice 14 – guião da entrevista a mãe

Como caraterizas a sua filha na sua infância?

Teve muitos amigos? E agora?

No jardim como era o seu desempenho? Era muitas vezes chamada para responder no jardim por causa de algum problema?

Socializa rapidamente com pessoas?

Em casa o que dizer da sua filha? Qual a sua relação com os irmãos? E com a mãe e o pai?

Para além de vocês ainda mora uma avó e um tio na mesma casa. Como é o relacionamento deles com a criança?

Ajuda nas tarefas em casa?

Como é o relacionamento com os vizinhos?

Tem muitas queixas no dia-a-dia, na escola ou em sua zona por causa da M.S.L?

Conversas muito com a tua filha?

Classificas a criança como uma pessoa que gosta de falar mentiras?

Alguma vez notaste ela desejosa em ficar com algo que não a pertencia?

Vigias a sua pasta de escola para ver os materiais dela?

A senhora, dá dinheiro a criança para levar a escola?

Ela gosta de pedir coisas a pessoas conhecidas ou não?

Questionas a criança quando ela aparece em casa com algo?

Apêndice 15 – sistematização do relatório de avaliação do caso II

Autor: Estagiária de Psicologia Amândia Lima, sob orientação da Psicóloga Patrícia Évora

Proveniência: Escola

Referente: M.S.L

Idade: 7 **Sexo:** Feminino

Profissão: Estudante do 2º ano

Residência: B.V, Mindelo

Nome da mãe: ZL

Profissão: empregada doméstica

Nome do pai: AN

Profissão: trabalhador do dia-a-dia

Objetivo: tendo em conta o pedido, foi efetuada o processo de avaliação psicológica para melhor entender e intervir no caso.

Aspetos clínicos: ela vive com a mãe, o pai, uma irmã e um irmão mais novo, o tio juntamente com a avó materna na casa dela. Classificada como uma família problemática, a criança esta no seio de uma família onde o pai tem graves problemas com o álcool, e a avó problemas mentais.

A relação na família é bastante complicada, o pai não tem uma relação boa com a filha, fica sempre distante, até chama-a nomes impróprios, não existe relação pai e filha. Com a avó também a criança sofre problemas, a avó disse que não gosta dela e que por vezes nem consegue vê-la na sua frente.

A relação entre o casal também é bastante conflituosa, a mãe diz que tem de desempenhar o papel de pai e mãe mesmo com o pai presente fisicamente, porque o mesmo não assume qualquer responsabilidade familiar. Com os irmãos a relação é considerada boa, existem aqueles problemas consideradas normais entre irmãos pequenos.

Ela apresenta uma fragilidade afetiva enorme e sente a necessidade de demonstrar isso, claro não de melhor forma, e isso tem à afetada e muito na sua vida. Na escola tem

muitas dificuldades consequentemente das várias problemáticas que tem vindo a passar na sua vida.

Metodologia: De acordo com o quadro clínico apresentado aplicou-se os seguintes testes: desenho da família, teste de inteligência de Weil, entrevista, entrevista anamnese, e a observação.

Dos resultados obtidos da técnica de desenho da família real pode-se constatar os conflitos no seio familiar, as problemáticas instaladas, o vazio afetivo que a criança sente.

Desenha a família em grupos que se distanciam uns dos outros que da hipótese de divisão na constelação familiar. Desenha todos com os braços abertos que da uma ideia de todos quererem controlar o ambiente familiar e na realidade é o que acontece na casa, tudo é feito em separado, até a alimentação.

Com os dados recolhidos da entrevista com a mãe, a mãe confirma os dados já recolhidos e ainda fala dos problemas que passa diariamente no seio familiar, assim como as da sua filha, mas ela falou disso de forma inconsciente sem nunca ter analisado que realmente a sua filha necessitava de ser ajudada. Foi importante porque os relatos da mãe confirmou os dados anteriormente obtidos e confirmaram a hipótese diagnosticam juntamente com a observação.

É nessa linha que podemos afirmar que os dados obtidos através observação, na sala de aula, no *setting* terapêutico, no recreio e ainda nas atividades grupais, serem importantes porque foi possível observar comportamentos, desde cometer furtos, observa-la a identificar focos para furtar, observar a sua tenção nas horas que já estava satisfeito, a forma de esconder os materiais sem que ninguém apercebesse, enfim deu para comprovar e afirmar os fatos. Consegue-se observar um fraco desempenho a nível académico derivado da sua falta de atenção e de concentração.

Com a entrevista de anamnese foi possível recolher todo o historial clínico e dados familiares da criança.

Com a aplicação do teste de inteligência de WEIL pode-se ver que a criança tem um nível de inteligência normal, apesar de ter feito o teste de forma rápida e de forma intuitiva.

No que toca a aprendizagem é uma criança com muitos problemas de aprendizagem devido a falta de atenção e concentração na sala de aula.

Hipótese diagnóstica

Os resultados da avaliação psicológica indicam-nos que a paciente apresenta um quadro de **perturbação de controlo de impulso com sintomas de cleptomania (DSM IV- 663)**.

Proposta de intervenção

Propõe-se uma intervenção com bases nas teorias comportamental, e cognitivo comportamental e ludoterapia.

Apêndice 16- proposta de intervenção do caso II

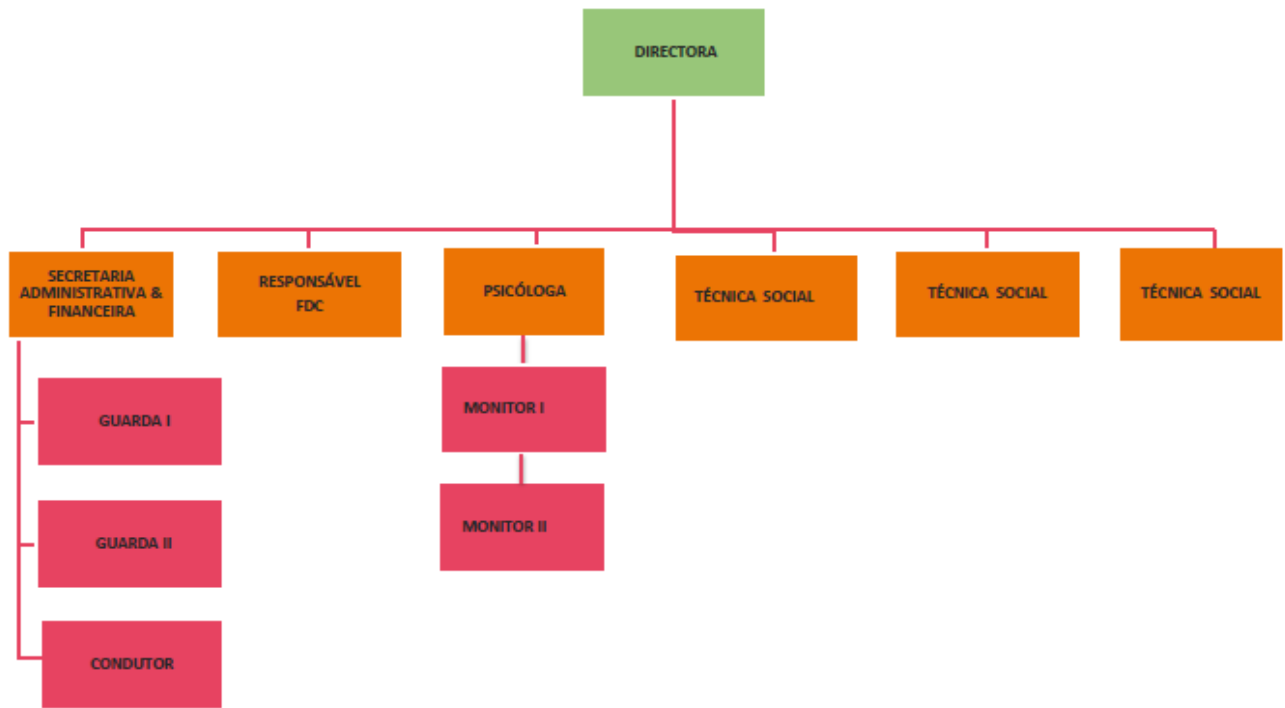
Sessões		Técnicas	Objetivos	Resultados esperados
1ª Sessão	Devolução dos resultados ao encarregado de educação	Informação Psicoeducação Aconselhamento	Informar aos pais do HD da sua filha e explica-los como ajudar e filha isso através de informações que irei disponibilizar	Que os pais se envolvem mais na vida da filha, de modo a ser o ponto de partida para ajudar a criança
2ª Sessão	Devolução da Hipótese diagnóstica ao professor	Informação Psicoeducação	Dar o feedback do processo de avaliação de modo que o mesmo fique informado e saiba qual é a melhor forma de trabalhar com a aluna	Para o professor poder ajudar aluna e preparado na resolução dos problemas na sala de aula com os colegas
3ª Sessão	Encontro com os pais	Clarificação	Explicar novamente o conteúdo informativo sobre a hipótese diagnóstica, derivadas as dificuldades que mãe apresentou	Pais mais próximos e envolvidos no processo e preparados a ajudar a filha
4ª Sessão	Trabalhar a autoestima da criança	Técnica do espelho	Levar a criança a falar e a dizer o que pensa dela própria e aceitar ela mesmo como ela é.	Uma criança satisfeita com a sua própria pessoa para eventuais ganhos a nível pessoal
5ª Sessão		Sensibilização encoberta	Levar a criança a imaginar numa situação de roubo em que ela seria apanhada, para descrever as possíveis consequências que poderiam advir do ato	Que ela tenha a plena consciência dos riscos que esta exposta, e poder controlar melhor os impulsos
6ª Sessão	Consciencializar a criança do seu problema	Técnica projetiva (Terapia de choque)	Mostrar a criança o vídeo para que debater as consequências que pode sofrer com a prática do furto;	Criança consciente do seu problema e preparada para ser ajudada
7ª Sessão	Trabalhar o comportamento e as cognições da criança	Terapia cognitivo-comportamental (metáfora do semáforo e economia de ficha)	Trabalhar o comportamento como forma de controlar o impulso da criança	Criança capaz de controlar os seus impulsos
8ª Sessão		Técnica aversiva	Levar o paciente a prender a sua respiração até sentir uma dor leve quando sentir impulso de roubar	Para poder exercer o controlo sobre si própria

9ª Sessão		Dessensibilização sistemática	Criar situações tentadoras para a paciente hierarquizar por ordem crescente de ansiedade e probabilidade de eliciar uma resposta de furto	Como forma dela conseguir resistir a tentação de cometer o furto
10ª Sessão	Encontro com a criança e com os pais	Informação	Fazer uma abordagem sobre a relação familiar da criança	Que a família seja participativa, que engaja para dar as devidas respostas ao problema da criança, que assim contribuirão para melhorias da mesma


ANEXOS

Anexo 1- organigrama da organização.....	110
Anexo 2- documento de confidencialidade.....	111
Anexo 3- programa de saúde comunitária.....	113
Anexo 4- programa de fórum comunitária.....	116
Anexo 5- programa de workshop e educação parental.....	117
Anexo 6- ficha psicodiagnóstico.....	120
Anexo 7- protocolo anamnese psicológica.....	121
Anexo 8- desenho livre do caso I.....	126
Anexo 9- desenho de família caso.....	127
Anexo 10- protocolo de Raven infantil.....	128
Anexo 11- escala de Vineland caso I.....	129
Anexo 12- desenho de família real caso II.....	138
Anexo 13- protocolo do teste de Well.....	139

Anexo 1- Organigrama da organização



Anexo 2-Documentos de confidencialidade

 **ALDEIAS
INFANTIS SOS
CABO VERDE**

**Declaração de confidencialidade pelas
Normas de protecção das informações**

Os dados pessoais dos doadores, padrinhos, beneficiários SOS e suas famílias, bem como colaboradores SOS, devem ser tratados de modo confidencial, de acordo com as normas/regulamentos de protecção das informações em vigor, por todos os funcionários das Aldeias Infantis SOS.


Pela presente, declaro que não transmitirei nenhuma informação obtida durante o processo de tratamento dos dados que me foram confiados ou postos à minha disposição, no quadro da minha actividade profissional, independentemente das condições de confidencialidade particulares, a não ser por expressa ordem do meu empregador ou dos seus representantes.

Prometo, por outro lado respeitar os meus compromissos nos termos de protecção das informações, mesmo depois de ter deixado de trabalhar para as Aldeias Infantis SOS.

Estou consciente de que o não respeito dessa promessa de confidencialidade terá as suas consequências.

Recebi e assino duas cópias do presente documento; uma cópia do documento assinado será arquivada no meu ficheiro pessoal e outra fica à minha guarda.

Nome: Amândia Nunes Lima Data: 12-03-2015

Assinatura:  Local: Aldeia SOS Ribeira
Juss

Página 1 de 1

Um lar de amor para cada criança.



ALDEIAS
INFANTIS SOS
CABO VERDE

ASSINATURA E COMPROMISSO CÓDIGO DE CONDUTA

Li atentamente e compreendi claramente o Código de Conduta da organização Aldeias Infantis SOS. Estou ciente de que a organização Aldeias Infantis SOS espera que eu defenda sempre os padrões de comportamento descritos no presente Código de Conduta.

Compreendo totalmente o seu contexto e conteúdo. Ao assinar o presente Código de Conduta, comprometo-me, em harmonia com toda a organização das Aldeias Infantis SOS a aspirar por, e manter a conduta necessária como um pré-requisito do meu serviço à organização Aldeias Infantis SOS.

Recebi e assino duas cópias do presente documento; uma cópia do documento assinado será arquivada no meu ficheiro pessoal e outra fica à minha guarda.

Nome:

Amândia Neves Lima

Data:

12-11-2015

Assinatura:

Local:

SOS Ribeira Júlia

Anexo 3- Programa de feira de saúde comunitária

1ª – Ação: Dinâmicas Psicológicas

Objetivo geral: Testar as capacidades cognitivas dos participantes da feira de saúde.

Objetivo específicos: (1) realizar dinâmicas que avaliam as funções cognitivas e demonstram a importância da autoestima; (2) consciencializar os participantes sobre a importância da psicologia de uma forma dinâmica e lúdica.

Público-alvo: visitantes da feira de saúde na EBI de Ribeira de Craquinha – Mindelo

Local: Escola de Ensino Básico Integrado da Ribeira de Craquinha.

Responsáveis: Dirce, Anilton e Maria

Dinâmica	Objetivo	Recursos Materiais	Horário
1. Dinâmica do Espelho	Demonstrar a importância de uma autoestima positiva.	Caixa com um espelho.	09:30-10:00
2. Desenho do Relógio	Avaliação da percepção visual.	Folhas brancas e lápis.	10:00-10:30
3. Problema da Galinha/Milho/Raposa	Avaliação da Inteligência	Folha, peças de “Lego”, lápis de cor	
4. Caixa Surpresa	Capacidade de Tomada de Decisão	Caixa, Barra de Chocolate	
5. Casa/Galo/Ovo	Avaliação da Atenção e raciocínio lógico	Folhas	
6. Nº 12	Avaliação da inteligência e da atenção	Folhas	

2ª Ação: palestra/dinâmicas e grupos de discussão

Atividade/acção	Objetivos	Responsáveis	Horário	Observação
A perigosa relação entre o álcool e a Saúde Mental	Conscientizar os participantes dos malefícios do uso abusivo do álcool e demonstrar a sua relação com a Saúde Mental	Davidson Lemos; Aldevina Chantre; Marla Lopes; Ilaina Brito e Amândia Lima	10:30- 11:30	Apresentação do tema através de dinâmica e discussões com o grupo
Oficina: O psicólogo responde: Mitos e verdades sobre o álcool	Desvendar mitos que existem a volta do consumo do álcool	Todos alunos de psicologia	11:30- 12:00	Acontece em sequência da palestra
O psicólogo responde:	Criar oportunidades para que os participantes questionam sobre aspectos psicológicos	Todos alunos de psicologia	12:00- 15:00	Ao longo da feira, qualquer estudante de psicologia estarão em condições de prestar este serviço
Sensibilização: áreas da delinquência e toxicodependência. Promoção da Gapsi	Conscientizar a comunidade acerca da Delinquência Juvenil e da Toxicodependência.	Djeila Timas Gilmara Lima	Ao longo da Feira	Distribuição de panfletos e sensibilização

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Despiste psicológico e encaminhamento para Gapsi ou outras entidades que tem o serviço de psicologia	Avaliação preliminar do estado mental dos participantes: Saúde mental, depressão, ansiedade auto-conceito, dependência internet, etc.	Todos os participantes	Ao longo da feira	Atendimentos preliminares de triagem: crianças, jovens e adultos.
Contribuição de outros estagiários do Centro				
Campanha criança não é de rua	Sensibilizar a população civil os mecanismos existentes para prevenir o fenómeno criança de rua	Alexsandra Dias Alicia Estagiária de Ciências Rafaela (voluntária – serviço Social)	Ao longo da feira	Materiais e panfletos cedido pela SOS

OBS. das 12:30 as 13:30 Almoço para os participantes no local

Anexo 4 - Programa do fórum comunitário

Agenda
Fórum Comunitário

Data	26 de Novembro de 2015
Local	Biblioteca Municipal
Propósito	Planificação anual
Participantes	Parceiros comunitários e transversais, famílias e convidados

Hora	Conteúdos	Facilitador / participantes
09:00	Recepção dos convidados <ul style="list-style-type: none"> Assinatura de fichas de presença Entrega materiais suporte ao fórum 	CIC Bela Vista
09:15	Bem vindas <ul style="list-style-type: none"> Apresentação da agenda Código de conduta Expectativas 	CIC Graça Nova
09:45	Apresentação dos planos 2016 <ul style="list-style-type: none"> CRPSV 	Coordenadora CIC R. Belo
10:00	Espaço para questões	
10:15	Trabalho de grupos <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico actual das comunidades Objectivos estratégicos Plano para 2016 	Coordenadoras
11:00	Lanche	
11:15	<ul style="list-style-type: none"> Continuação dos trabalhos de grupo 	Coordenadoras
12:30	Apresentação dos resultados do trabalho de grupo <ul style="list-style-type: none"> Sessão aberta a comentários, sugestões e sugestões 	1 Parceiro de cada comunidade
13:00	Almoço	
14:00	Finalização e assinatura dos planos	Coordenadoras
14:30	Avaliação do programa ES (por comunidade)	Coordenadoras
15:30	Apresentação dos resultados da avaliação	Parceiros
16:00	Espaço aberto a questões e sugestões	Coordenadora do CIC Bela Vista
16:15	Avaliação do fórum pelos participantes	Coordenadora do CIC Graça Nova
16:30	Assinatura/Renovação do acordo de cooperação	Responsável pelo FDC SV
17:00	Encerramento	

Anexo 5 – programa do workshop educação parental



Workshop Educação Parental

Data	21, 22 e 23 de Março 2016
Local	Centro Social SOS
Propósito	Workshop Educação Parental
Responsável	Patrícia Évora (Psicóloga do Centro Social SOS, SV)
Colaboradores	Coordenadoras dos CIC's BV, RC e RB e estagiárias de psicologia
Participantes	Famílias beneficiárias das comunidades - CIC's BV, RC e RB



AGENDA

Hora	Conteúdos	Facilitador / participantes
21/03/2016		
14:15-14:30	Acolhimento dos participantes e assinatura da lista de presença	Estagiárias de Psicologia
14:30-14:40	Boas-Vindas	Pastor Silvino
14:40- 15:00	Introdução: <ul style="list-style-type: none"> Dinâmica de apresentação dos participantes; Avaliação das expectativas dos participantes; Apresentação dos objectivos do Workshop 	Patrícia Évora Apoio estagiárias
15:00-15:45	A Família: <ul style="list-style-type: none"> Conceito/Estrutura/dinâmica e funções; A importância das figuras parentais no desenvolvimento da criança; Elaboração de um perfil de um(a) Bom Pai / Boa Mãe; Olhar para o espelho – “quem sou eu?” Trabalho de Grupo no caderno de bordo 	Patrícia Évora Apoio estagiárias
15:45-16:00	Apresentação do trabalho de grupo	Participantes
16:00-16:45	Tipos de famílias: <ul style="list-style-type: none"> Enquadramento e características dos tipos de famílias; Jogo ludo pedagógico: Partilha de Tarefas e Responsabilidades Familiares 	Patrícia Évora Apoio estagiárias
16:45-17:20	Auto-estima: <ul style="list-style-type: none"> O significado de auto-estima A importância dos pais no desenvolvimento da auto-estima das crianças 	Patrícia Évora Apoio estagiárias
17:20-17:30	Avaliação da sessão	Participantes
17:30-17:45	Lanche convívio	Joana dos Santos

22/03/2016		
14:15-14:30	Acolhimento e assinatura da lista de presença	Estagiárias de psicologia
14:30-15:00	Os estilos educativos. <ul style="list-style-type: none"> Os diferentes estilos educativos; A comunicação pais/filhos em cada um dos estilos educativos e as consequências de cada estilo para o desenvolvimento das crianças; Identificação do estilo educativo pessoal – trabalho de grupo Video 	Patricia Évora Apoio estagiárias
15:00-15:30	Do saber-se amado ao sentir-se amado. <ul style="list-style-type: none"> A importância da comunicação não-verbal na expressão de sentimentos; A expressão de sentimentos na comunicação interpessoal Trabalho de grupo 	Patricia Évora Apoio estagiárias
15:30-16:00	Expressão emocional: <ul style="list-style-type: none"> O mundo emocional da criança/A expressão emocional na criança; Simulação de uma situação de comunicação pais/filhos; Ajudar a criança escutando-a. Video 	Patricia Évora Apoio estagiárias
16:00-16:30	Como lidar com situações difíceis na relação com a criança: <ul style="list-style-type: none"> O estabelecimento de limites na relação com a criança; Quando é importante ignorar o comportamento da criança; Quando o castigo é necessário; Atitudes a evitar. Video 	Patricia Évora Apoio estagiárias
16:30-17:00	Como manter o autocontrolo: <ul style="list-style-type: none"> A expressão de sentimentos positivos; Situações de perda de controlo (efeitos e impactos na criança); Estratégia de auto-controlo. 	Patricia Évora Apoio estagiárias
17:00-17:30	Avaliação da sessão	Participantes
17:30-17:45	Lanche convívio	Joana dos Santos
23/03/2016		
14:15-14:30	Acolhimento dos participantes e assinatura da lista de presença	Valter Segredo/Fernanda Amarante
14:30-15:00	Relação pais/filhos <ul style="list-style-type: none"> A expressão de sentimentos positivos na relação pais/filhos; A importância do brincar e do toque; A importância do elogio. 	Patricia Évora
15:00-16:00	Desenvolvimento saudável da família <ul style="list-style-type: none"> A importância de uma rotina diária no desenvolvimento saudável da família; A rotina diária da criança; Elaboração do quadro de rotina diária dos participantes. 	Patricia Évora
16:00-16:30	Educação escolar dos filhos <ul style="list-style-type: none"> Sucesso escolar /a Triada: Professor, aluno e pais; A importância do acompanhamento escolar da criança em casa. 	Patricia Évora

16:30-17:15	As coisas boas da nossa família! <ul style="list-style-type: none">• Uma conversa saudável entre pais sobre o futuro dos filhos;• A importância da tomada de decisão envolvendo os filhos;• Elaboração de um cartaz colectivo sob o título “<i>ser família</i>”.	Patrícia Évora
17:15-17:30	Avaliação da sessão	Participantes
17:30-17:45	Encerramento e entrega de diplomas de participação	Diretora
18:00	Lanche Convívio	

Anexo 6 -Ficha psicopedagógica

FICHA DE AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA

Nome: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

1. Situação geral da criança quanto à qualidade da sua aprendizagem:

DEMOSTRA CONHECIMENTO					
Letras	Leitura	Nome Completo	Cores	Números	Cálculos Básicos

2. Desempenho Atitudes e Hábitos de Estudo

Empenho para a realização das actividades	Postura na sala	
Cadernos e matérias escolares organizadas	Acata as regras estabelecidas para a boa convivência em grupo	
Demonstra cuidado com o material escolar	Relacionamento com os colegas	
Organização do tempo de estudo e do tempo para outras actividades	Uso das "palavrinhas mágicas"	
Atenção durante as tarefas	Assiduidade	
Tempo na realização das tarefas	Criatividade	

3. Considerações e Comentários:

Legenda:

PM (PRECISA MELHORAR) ED (EM DESENVOLVIMENTO) B (BOM) E (EXCELENTE)

A Psicóloga

Anexo 7 -Protocolo da anamnese psicológica

FICHA DE ANAMNESE

Criança enviada por:.....

Pessoa entrevistada:.....

Motivo da consulta:.....

Data do exame:...../...../.....

Examinador:.....

1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome:.....

Data de Nascimento:...../...../..... Idade Actual:.....

Naturalidade:..... Nome pelo qual é usualmente tratada:.....

Morada:..... Telefone:.....

2. AGREGADO FAMILIAR

Mãe:

Nome:.....

Idade:..... Profissão:.....

Habilitações escolares:..... Estado civil:.....

Pai:

Nome:.....

Idade:..... Profissão:.....

Habilitações escolares:..... Estado civil:.....

Constelação familiar:.....

Cosbitação:.....

Com quem se parece a criança?.....

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Gravidez:

Foi planeada?..... Consanguinidade:.....

Tinha preferência por algum sexo?.....

Assistência médica durante a gravidez? Sim ☐ Não ☐

Ocorreram algumas complicações durante a gravidez (acidentes, rubéola ou outras doenças infecciosas, medicações, RX, hemorragias, etc.)? Sim ☐ Não ☐

Se respondeu sim, indique quais foram:.....

Como recorda a gravidez?.....

Parto:

Termo ☐ Pré-termo ☐ Pós-termo ☐ Semanas de gestação:.....

O parto foi assistido? Sim ☐ Não ☐

O parto foi provocado? Sim ☐ Não ☐

Necessitou de reanimação? Sim ☐ Não ☐

Estado neonatal:

Momento do 1º choro:..... minutos

Cor ao nascer: rosada ☐ roxa ☐ amarelada ☐

Local de nascimento:.....
 Peso:..... Altura:..... Perímetro Cefálico:
 Como recorda o parto?

4. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO E ESTADO ACTUAL

Alimentação:

Aleitamento: materno, misto, artificial; idades:
 Comia bem em bebé / infância?
 Actualmente, come bem? Come de tudo?
 Costuma fazer birras para comer?
 Dificuldades postas pela alimentação:

Sono:

Hora habitual de deitar:..... Hora habitual de levantar:
 Comportamentos relacionados com o deitar: necessita de companhia para adormecer;
 utiliza algum objecto para adormecer; tem medo do escuro; etc. (especificar as idades)
 Comportamentos relacionados com o sono: acorda durante a noite; sono agitado;
 terrores nocturnos; sonambulismo; etc. (especificar as idades)
 Levanta-se da cama ou vai ter com os pais?
 Comportamentos relacionados com o acordar: dificuldades com o acordar; não quer
 levantar; etc. (especificar idades)
 Observações:

Psicomotricidade:

1º sorriso	com.....meses
Segurou a cabeça	com.....meses
Sentou-se	com.....meses
Gatinhou	com.....meses
Ficou de pé com apoio	com.....meses
Ficou de pé sem apoio	com.....meses
Deu os primeiros passos	com.....meses
Andou de triciclo	com.....meses
Andou de bicicleta	com.....meses

Problemas relacionados com a motricidade:

- Inércia, apatia, passividade:
- Agitação, turbulência:
- Movimentos anormais: tiques, balanceamentos, roer as unhas, etc:

É canhoto? Sim ☐ Não ☐

Observações:

Linguagem:

Com que idade começou a dizer as primeiras palavras?

Teve linguagem "abebezada" até tarde (4 / 5 anos)? Sim ☐ Não ☐

Tem ou teve algum problema de linguagem: articulação das palavras, gaguez, etc.?

Tem habilidade para contar factos?

Começou a ler comanos Começou a escrever comanos

Observações:

Controlo de esfíncteres:

Controlo diurno com.....meses.

Controlo nocturno com.....meses.

Forma de aprendizagem utilizada:

Observações:

5. COMPORTAMENTOS SOCIO-AFFECTIVOS:

Brinca sozinho? Com outras crianças? Com adultos?

Brinquedos preferidos:

Actividades e interesses (organizações, clubes, equipas, grupos, etc.):

Aproximadamente quantos amigos íntimos tem o seu filho (na escola e/ou na vizinhança)? Nenhum ☐ Um ☐ Dois / três ☐ 4 ou mais ☐

Quais as idades desses amigos?

Dá-se bem com os colegas?

Relacionamento com o ambiente: autonomia/dependência; agressividade; timidez, etc.?

Manifestações de afecto:

Choro; espasmo do soluço; riso, etc.?

Ciúmes:

Medos:

Descreva as características mais positivas do seu filho:

Descreva os aspectos menos positivos do seu filho:

6. AUTONOMIA

Já se veste sozinho?.....
 Já toma banho sozinho?.....
 Costuma reagir bem à separação dos pais?

7. ESTADO DE SAÚDE

É uma criança saudável?

Tem ou teve deficiências sensoriais (visão e audição) Sim ☐ Não ☐

Doenças crônicas: asma, alergias, etc.:

Acidentes a assinalar ao longo do desenvolvimento (quedas, acidentes de viação, etc.):

Atenção e concentração: é rápido, lento, normal...?

Houve ou há familiares próximos com:

- Doenças sensoriais?
- Doenças do foro psiquiátrico?
- Outras doenças?

Observações:

8. ESCOLARIDADE

Frequentou o Jardim de Infância / Pré-Escolar?.....Com que idade?.....

Teve problemas de adaptação?

Até essa idade esteve ao cuidado de.....

Gostou de ir à escola?

Situação actual:

Ano de escolaridade:..... Turma:

NOME DO PROFESSOR / EDUCADOR:

ENDEREÇO DA ESCOLA / JARDIM DE INFÂNCIA:

Gosta de aprender coisas?

Gosta de estudar?

Quais as matérias preferidas?

Quais são as que menos gosta?

Gosta de ler? Sim ☐ Não ☐ Livros preferidos (BD, contos, temas científicos):

Recebe ajuda no estudo? Ensino especial?

Houve falhas pedagógicas: mudança de professor, ausência...?

Houve repetências?

Tem dificuldades específicas: leitura, escrita, aritmética...?

11. OBSERVAÇÕES FINAIS

Comentários sobre o comportamento do(s) interlocutor(es) durante a entrevista:

Comentários sobre o comportamento da criança durante a entrevista:

- Contacto visual:
- Expressão facial:
- Reacção à separação dos pais:
- Atenção e memória:
- Manifestações fisiológicas e tiques:
- Linguagem e actividades orais (dicação: pronuncia mal determinados sons; ~~ante~~ ~~consonantes~~; troca ~~consonantes~~; ~~ante~~ sílabas; dicação pouco clara)
- Reacções face à situação de avaliação e/ou fracasso:
- Comportamentos motores (agitado, nervoso, inibido, desinibido...)
- Atitude de cooperação ou de recusa:
- Eventuais desordens de pensamento:
- Traços de personalidade:

Como se apresentou a teia de relações familiares?

Anexo 8- Desenho livre caso I



Anexo 9- Desenho da família real Caso I



Anexo 10- Protocolo de Raven Infantil

MATRIZES PROGRESSIVAS COLORIDAS

Escala Especial
Séries A, Ab, B
J. C. RAVEN

FOLHA DE RESPOSTAS


Nome: _____ Sexo: _____ Data de Aplicação: _____
 Escola: _____ Data de Nascimento: _____
 Série: _____ Período: _____ Idade: _____ a _____ m.
 Examinador: _____ Revisor: _____ Forma de Aplicação: _____

A		Ab		B	
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	
9		9		9	
10		10		10	
11		11		11	
12		12		12	
Σ A		Σ Ab		Σ B	
Consist.		Consist.		Consist.	
Discrep.		Discrep.		Discrep.	
Σ		Percentil		Classif.	
Início		Fim		Duração	

Obs: _____

Copyright © 1974 by J.C. Raven
 Copyright © 1974 by J.C. Raven & J.C. Raven Progressives Testes Ltda.
 Rua Comendador Nóbrega, 26 - São Paulo
 01405-001 - São Paulo - SP
 Tel. (011) 344.4400

É proibida a reprodução total ou parcial
 desta publicação, sem qualquer finalidade,
 sem autorização expressa dos editores


 J.C. RAVEN & J.C. RAVEN
 PROGRESSIVES TESTES LTDA.

Anexo 11- Escala de Vineland caso I**AValiação DO COMPORTAMENTO ADAPTATIVO – ECA**

(Escolar, Residencial e Comunitário)

Adaptado de Nadine Lambert, Kazuo Nihira, & Henry Leland

By The American Association on Mental Retardation – 1993, Austin, Texas, U.S.A

Aluno: _____ D.N: ____/____/____

Data: ____/____/____

Idade: ____

1 – AUTONOMIA			
1- ALIMENTAÇÃO			
1.1 – UTILIZAÇÃO DOS TALHERES E OUTROS UTENSÍLIOS	Sim	As vezes	Não
. Usa a faca para cortar ou separar os alimentos Alimenta-se sozinho com colher e garfo (ou outros talheres apropriados) Alimenta-se sozinho, com colher ou garfo (ou outros talheres apropriados) sujando-se pouco..... . Alimenta-se sozinho, com colher..... . Alimenta-se sozinho, com colher sujando-se pouco..... . Alimenta-se sozinho, utilizando as mãos..... Tem de ser alimentado (não se alimenta sozinho).....			
1.2 – COMER EM PÚBLICO	Sim	As vezes	Não
. Encomenda refeições completas num restaurante..... . Encomenda refeições simples, tipo hambúrguer ou cachorro quente..... . Numa pastelaria ou quiosque, pede artigos simples, tipo gelados, refrigerantes, queques..... . Em locais públicos, não pede nada.....			
1.3 – BEBER	Sim	As vezes	Não
. Bebe sem se molhar, usando uma só mão para segurar o copo..... . Bebe sozinho por um copo sem precisar de ajuda e sem se molhar..... . Bebe sozinho por um copo sem precisar de ajuda, mas molhando-se um pouco..... . Necessita de ajuda para beber por um copo.....			
1.4 – COMPORTAMENTO À MESA	Sim	As vezes	Não
. Atira a comida fora..... . Engole a comida sem mastigar..... . Mastiga a comida com a boca aberta..... . Deita a comida para a mesa ou para o chão..... . Usa o			

guardanapo..... Fala com a boca cheia..... . Deita a comida para fora do prato..... . Come muito depressa ou muito devagar..... . Brinca com as mãos na comida.....			
2 – CONTROLO DOS ESFÍNCTERES E UTILIZAÇÃO DE CASA DE BANHO			
2.1 – CONTOLO DOS ESFÍNCTERES . Possui um completo controle dos esfíncteres..... . Só controla os esfíncteres durante o dia (não controla durante a noite) Frequentemente, consegue controlar os esfíncteres durante o dia..... . Ocasionalmente, consegue controlar os esfíncteres durante o dia..... . Sabe usar a casa de banho.....	Sim	As vezes	Não
2.2 – AUTONOMIA NA CASA DE BANHO . Baixa as calças sozinho quando vai à casa de banho..... . Senta-se na sanita sem ajuda..... . Usa o papel higiénico de forma apropriada..... . Puxa o autoclismo..... Puxa a roupa para cima sem ajuda..... . Lava as mãos sem ajuda.....	Sim	As vezes	Não

Fontes – 1 . Faculdade de Motricidade Humana – UTL

Tradução e adaptação de P. Morato, A. Dinis, C. Fernandes, C. Alves, P. Gonçalves, S. Marques e R. Lima

2. Associação Portuguesa de Portadores de Trisssonomia 21

Tradução e adaptação de L. Cotrim, S.Jorge, T. Condeço, I. Sequeira, D. Patriarca, A. Brito e M. Palha

3 – HIGIENE			
3.1 – LAVAGEM DAS MÃOS E FACE . Lava as mãos e cara com sabonete e água sem se molhar..... . Lava as mãos com sabonete..... . Lava a cara com sabonete..... . Lava a cara e mãos com água..... . Seca as mãos e a cara.....	Sim	As vezes	Não
3.2 – BANHO	Sim	As vezes	Não

. Prepara e toma banho sozinho..... . Completamente sozinho, lava-se e seca-se sem ajuda e sem sugestões..... . Com sugestões, lava-se e seca-se razoavelmente bem..... . Com ajuda, lava-se e seca-se..... . Tenta lavar-se e ensaboar-se sozinho..... . Cooperar quando lhe dão banho ou o secam..... . Faz alguma tentativa em se lavar ou se secar sozinho.....			
3.3 – HIGIENE PESSOAL . Exala forte cheiro a suor..... . Precisa de ser lembrado para trocar a roupa interior regularmente..... . Necessita de ser lembrado para manter a pele limpa..... . Necessita de ser lembrado para manter as unhas limpas.....	Sim	As vezes	Não
3.4 – LAVAGEM DOS DENTES . Escova os dentes apropriadamente..... . Aplica a pasta e escova os dentes com movimentos verticais..... . Aplica a pasta e escova os dentes com movimentos laterais..... . Escova os dentes sem ajuda, mas não consegue aplicar a pasta..... . Escova os dentes com supervisão..... . Cooperar na lavagem dos dentes..... . Tenta lavar os dentes sozinho.....	Sim	As vezes	Não
4 – APRESENTAÇÃO			
4.1 – POSTURA FÍSICA . Apresenta sempre a boca aberta..... . Apresenta sempre a boca caída..... . Apresenta o abdómen proeminente devido à má postura..... . Apresenta má deformação na coluna..... . Anda com as pernas abertas e afastadas..... . Anda arrastando ou batendo os pés..... . Anda nas pontas dos pés.....	Sim	As vezes	Não
4.2 – VESTUÁRIO	Sim	As	Não

. Necessita de ser ajudado para vestir-se com roupas que lhe caem bem..... . Necessita de ser ajudado para vestir-se com roupas que não estejam enrodilhadas..... . Necessita de ser lembrado para vestir-se com roupas limpas..... . Necessita de ser ajudado, senão veste-se com cores que não combinam entre si..... . Sabe a diferença entre sapatos desportivos e de “toilet” Escolhe a roupa de acordo com as ocasiões..... . Veste roupa de acordo com as condições climáticas (por exemplo: gabardine, sobretudo).....		vezes	

5 – RESPONSABILIDADE PELO VESTUÁRIO			
5.1 – CUIDADOS COM A ROUPA E O CALÇADO	Sim	As vezes	Não
. Quando necessário, limpa ou engraxa os sapatos..... . Pendura as roupas sem precisar de ser lembrado..... . Coloca as roupas sujas no lugar apropriado para serem lavadas..... . Chama a atenção quando falta um botão ou quando a roupa apresenta mazela e/ou faz ele mesmo o reparo.....			
5.2 – LAVAGEM	Sim	As vezes	Não
. Usa a máquina de lavar ou a roupa manualmente, sem ajuda..... . Coloca as roupas na máquina de lavar, mas não sabe pô-la a trabalhar..... . Separa as roupas com apoio..... . Participa na lavagem da roupa.....			
6 – VESTIR E DESPIR			
6.1 – VESTIR	Sim	As vezes	Não
. Sem ajuda, veste-se completamente..... . Com ajuda verbal, veste-se sozinho..... . Somente com ajuda verbal, veste todas as roupas e sabe abotoar sem ajuda (botões, fecho ecláir, colchetes.....). . Precisa de ser ajudado a vestir-se e a abotoar..... . Coopera quando está a ser vestido, estendendo o braço ou a perna..... . Precisa de ser vestido completamente.....			
6.2 – DESPIR	Sim	As vezes	Não

<p>. Despe-se completamente sozinho e sem ajuda.....</p> <p>. Com ajuda verbal, despe-se sozinho.....</p> <p>. Somente com ajuda verbal, despe todas as roupas e sabe desabotoar sem ajuda (botões, eclair, colchetes)</p> <p>. Precisa de ser ajudado a despir-se e a desabotoar.....</p> <p>. Cooperar quando está a ser despido, estendendo o braço ou a perna.....</p> <p>. Precisa de ser despido.....</p>			
<p>6.3 – CALÇADO</p> <p>. Sem ajuda, calça-se correctamente.....</p> <p>. Sem ajuda, sabe dar o laço.....</p> <p>. Sabe dar o laço, mas necessita de ajuda.....</p> <p>. Sem ajuda, tira os sapatos.....</p> <p>. Consegue pôr e tirar os sapatos com “velcro”.....</p>	Sim	As vezes	Não
7 – DESLOCAÇÕES			
<p>7.1 – SENSO DE ORIENTAÇÃO</p> <p>. Consegue deambular por muitos quarteirões perto de casa ou da escola sem se perder.....</p> <p>. Consegue deambular por poucos quarteirões perto de casa ou da escola sem se perder.....</p> <p>. Consegue deambular pelo quarteirão da escola ou do local onde vive sem se perder.....</p> <p>. Mesmo em área conhecida, sente-se perdido se deixado sozinho.....</p>	Sim	As vezes	Não
<p>7.2 – TRANSPORTES</p> <p>. Sabe orientar-se sozinho em carro próprio.....</p> <p>. Sozinho, sabe andar de comboio, fazer longas viagens de autocarro ou mesmo de avião.....</p> <p>. Sozinho, sabe andar de táxi.....</p> <p>. De forma independente, sabe andar de metro ou de autocarro por percursos desconhecidos.....</p> <p>. De forma independente, sabe andar de metro ou de autocarro por percursos conhecidos.....</p>	Sim	As vezes	Não

<p>7.3 – MOBILIDADE</p> <p>. Sozinho, consegue atravessar a rua em segurança.....</p> <p>. Sozinho, consegue ir para a escola e para o trabalho.....</p> <p>. Sozinho, consegue ir e voltar da escola ou do trabalho.....</p> <p>. Sozinho, consegue ir e voltar de locais onde se desenvolvem atividades recreativas e de lazer (cinemas,</p>	Sim	As vezes	Não
---	-----	----------	-----

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

shopping)..... . Tem carta de condução.....			
7.4 – SEGURANÇA NAS RUAS E EM LUGARES PÚBLICOS . Possui senso de perigo (evita a parte mais funda da piscina, usa o corrimão nas escadas, não aceita boleia de estranhos, usa o cinto de segurança...) . Obedece à sinalização de trânsito..... . Olha para os dois lados e espera, se for o caso, antes de atravessar a rua..... . É capaz de reconhecer os perigos eminentes.....	Sim	As vezes	Não
8 – OUTROS			
8.1 – TELEFONE . Sabe usar a lista..... . Sabe usar o telefone público..... . Faz chamadas pelo telefone particular..... . Atende o telefone corretamente..... . Sabe dar recados.....	Sim	As vezes	Não
8.2 – MISCELÂNEA . Sabe controlar o apetite, comendo moderadamente..... . Sabe onde comprar selos e onde ficam os marcos do correio..... . Cuida da sua saúde, como, por exemplo, trocando roupa quando está molhada..... . Sabe lidar com pequenos acidentes domésticos, como por exemplo, pequenas feridas e pequenas queimaduras..... . Sabe como e onde obter apoio médico ou dentário..... . Sabe o seu próprio endereço..... . Sabe onde conseguir apoio na comunidade.....	Sim	As vezes	Não
8.3 – SEGURANÇA EM CASA OU NO LAR . Pergunta se pode tocar ou comer um objeto que não conhece..... . Tem consciência dos perigos relacionados com os objetos e tomadas elétricas..... . Tem cuidado com a comida, bebida, panelas e pratos quentes..... . É indiferente ao perigo eminente.....	Sim	As vezes	Não
II – DESENVOLVIMENTO FÍSICO			
1 – SENSORIAL			
1.1 – VISÃO	Sim	As	Não

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

. Apresenta défice visual ligeiro.....		vezes	
. Apresenta défice visual moderado.....			
. Apresenta défice visual grave.....			
. Apresenta défice visual total.....			
1.2 – AUDIÇÃO	Sim	As vezes	Não
. Apresenta défice auditivo ligeiro.....			
. Apresenta défice auditivo moderado.....			
. Apresenta défice auditivo grave.....			
. Apresenta défice auditivo total.....			

2 – MOTOR

2.1 – EQUILÍBRIO	Sim	As vezes	Não
. A pedido, é capaz de se manter em bicos dos pés por dez segundos.....			
. A pedido, equilibra-se num só pé por dois segundos.....			
. Mantém-se em pé, sem se apoiar, por cinco minutos ou mais.....			
. Mantém-se em pé, apoiado, por cinco minutos ou mais.....			
. Permanece sentado sem apoio por dez minutos ou mais.....			
. Só permanece sentado com apoio.....			
2.2 – ANDAR A CORRER	Sim	As vezes	Não
. Anda sozinho.....			
. Sobe e desce escadas sozinho.....			
. Desce escadas, alternando os pés.....			
. Corre sem cair muito.....			
. Saltita, salta ou pula.....			
2.3 – MOTRICIDADE FINA	Sim	As vezes	Não
. Agarra a bola.....			
. Atira uma bola por cima da cabeça.....			
. Levanta um copo ou chávena.....			
. Faz a pinça.....			

fina.....			
2.4 – CONTROLO DOS MEMBROS . Controla perfeitamente o braço direito..... . Controla perfeitamente o braço esquerdo..... . Controla perfeitamente a perna direita..... . Controla perfeitamente a perna esquerda.....	Sim	As vezes	Não
III – ACTIVIDADES ECONÓMICAS			
1- UTILIZAÇÃO DO DINHEIRO			
1.1 – COMPREENSÃO DO DINHEIRO . Toma conta do seu próprio dinheiro..... . Dá trocos correctamente, mas não compreende as operações bancárias..... . Soma moedas de diferentes valores até perfazer 500\$00..... . Usa o dinheiro, embora não sabe fazer trocos..... . Não sabe usar o dinheiro.....	Sim	As vezes	Não
1.2 – OPERAÇÕES BANCÁRIAS . De forma independente, usa os serviços bancários..... . Supervisionado, tem conta bancária..... . Consegue preencher os formulários para depositar ou levantar dinheiro..... . Possui cartão Multibanco e sabe usá-lo nas máquinas apropriadas.....	Sim	As vezes	Não
1.3 – PLANIFICAÇÃO DE DESPESAS - ORÇAMENTO . Poupa dinheiro com um objectivo específico..... . Orçamenta as despesas pessoais, incluindo refeições e divertimentos..... . Gasta o dinheiro com alguma planificação..... . Controla as despesas maiores.....	Sim	As vezes	Não
2 – UTILIZAÇÃO DO COMÉRCIO			
2.1 – FAZER RECADOS . Vai a diferentes lojas para comprar o que precisa..... . Vai a uma loja e sabe comprar o artigo..... . Faz compras simples levando uma lista..... . Não faz compras sozinho.....	Sim	As vezes	Não

2.2 – COMPRAR . Compra as suas próprias roupas..... . Compra acessórios para as suas roupas..... . Faz compras menores sem ajuda, tipo doces, refrigerantes, rebuçados..... . Faz compras, com pequena supervisão..... . Faz compras, mas necessita de supervisão constante..... . Não faz compras.....	Sim	As vezes	Não
2.3 – UTILIZAÇÃO DE EXPEDIENTES COMERCIAIS . Possui o cartão de benefícios de algumas lojas..... . Tem cartão de crédito ou outro tipo de creditário..... . Leva consigo o B.I. ou outro cartão de identificação..... . Pode assinar um cheque.....	Sim	As vezes	Não
IV – LINGUAGEM			
1- EXPRESSÃO			
1.1 – UTILIZAÇÃO DE LÁPIS . Escreve cartas ou histórias legíveis..... . Escreve pequenos recados ou lembretes..... . Escreve ou copia frases inteiras..... . Escreve ou copia, no mínimo dez palavras..... . Escreve ou copia só o nome próprio..... . Não consegue escrever ou copiar qualquer palavra	Sim	As vezes	Não
1.2 – ESCRIVER . Escreve de trás para a frente..... . Inverte algumas letras..... . Tem escrita geralmente legível	Sim	As vezes	Não
1.3 – PREVERBAL . Acena com a cabeça ou sorri para expressar alegria..... . Manifesta-se quando tem fome..... . Indica o que quer, apontando ou fazendo barulhos..... . Imita sons de objectos ou de animais..... . Expressa prazer ou contrariedade através de vocalizações.....	Sim	As vezes	Não
1.4 – ARTICULAÇÃO . Sussurra ou fala baixo, sendo difícil de compreender..... . Fala muito devagar e com dificuldade..... . Fala de forma rápida e acelerada, com energia..... . Fala com interrupções ou pausas.....	Sim	As vezes	Não
1.5 – FRASES . Algumas vezes, usa sentenças complexas contendo “porque”, “mas”..... . Faz perguntas usando palavras como “porquê”, “como”, “quando”..... . Fala, usando sentenças simples..... . Fala, usando frases rudimentares ou não usando verbos.....	Sim	As vezes	Não
1.6 – CONTEÚDO . Refere ações quando descreve uma ilustração..... . Nomeia pessoas ou objetos quando descreve uma ilustração..... . Nomeia objetos familiares..... . Pergunta pelas coisas usando o nome apropriado..... . É não – verbal.....	Sim	As vezes	Não



Anexo 13- Protocolo do teste de Well

**PROTÓCOLO DE RESPOSTA:
"TESTE DE I.N.V. (WEIL)"**

Nome _____ Ficha de _____
 Nascimento: ____/____/____ Ficha: ____/____/____ Sexo: F Idade: 7
 Instituição: Seminário Lopes Grupo / Sala: _____ História Clínica: _____
 Estudos _____

INSTRUÇÕES:

Abra o caderno que está a sua frente e observe a primeira página. Aparecem desenhos em que se tem omitido um pedaço. Cada um de dos pedaços que se encontram na parte inferior da página tem a forma adequada para preencher este espaço vazio mas, nem todos completam o desenho. Tudo o que tens de fazer é descobrir qual é (em cada caso) o pedaço adequado para completar o desenho e escreve na tabela que ofereceremos a seguir, ao lado do número correspondente (não deve escrever-se absolutamente nada no caderno original).

Não tem enganos neste Teste. Os desenhos são fáceis no começo e difíceis ao final. Presta atenção como se resolvem os fáceis, os últimos os ficam menos difíceis. Selecciona unicamente o pedaço que completa o desenho, trabalha só e veja quantos podes resolver. Podes tomar todo o tempo que tens (45 minutos), mas no se deve saltar nenhum ou voltar atrás. Tenha cuidado e lembra que em cada caso só corresponde um dos pedaços.

FOLHA 1				FOLHA 2				FOLHA 3			
1	2	3		1	2	3		1	2	3	
4	5	6		4	5	6		4	5	6	
7	8	9		7	8	9		7	8	9	
10	11	12		10	11	12		10	11	12	

FOLHA 4				FOLHA 5			
1	2	3		1	2	3	
4	5	6		4	5	6	
7	8	9		7	8	9	
10	11	12		10	11	12	

Handwritten notes at the bottom of the page:
 20/10/05 - 3/10/05
 02/10/05 - 3/10/05
 03/10/05 - 3/10/05
 04/10/05 - 3/10/05
 05/10/05 - 3/10/05
 06/10/05 - 3/10/05
 07/10/05 - 3/10/05
 08/10/05 - 3/10/05
 09/10/05 - 3/10/05
 10/10/05 - 3/10/05
 11/10/05 - 3/10/05
 12/10/05 - 3/10/05

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO: "TESTE DE I.N.V. (WEIL)"

(PROTOCOLO DO EXAMINADOR)

Nome do Examinador: _____

Nome do Examinado: _____

Motivo de Exame: _____

❖ ASPECTOS GERAIS

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| • Hora de Início: _____ | • Idade Cronológica: _____ |
| • Hora de Fim: _____ | • Pontuação: _____ |
| • Tempo/minutos: _____ | • Percentagem: _____ |

❖ ALTITUDE DA CRIANÇA:

- | | | |
|----------------------|---|------------------|
| • Reflexiva: _____ | o | Intuitiva: _____ |
| • Rápida: _____ | o | Lenta: _____ |
| • Inteligente: _____ | o | Torpe: _____ |
| • Concentrada: _____ | o | Distraída: _____ |

❖ DISPOSIÇÃO

- | | | |
|----------------------|---|-----------------------|
| • Disposta: _____ | o | Fatigada: _____ |
| • Interessada: _____ | o | Desinteressada: _____ |
| • Tranquila: _____ | o | Intranquila: _____ |
| • Segura: _____ | o | Vacilante: _____ |

❖ PERSEVERANÇA

- | | | |
|-------------------|---|------------------|
| • Uniforme: _____ | o | Irregular: _____ |
|-------------------|---|------------------|

❖ DIAGNÓSTICO FINAL:
